

612.5
A57
P33

ANNAES PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECTOR: *Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO*

PUBLICAÇÃO MENSAL DA "SOCIEDADE EDITORA MEDICA LIMITADA"

Caixa Postal, 1574 — S. PAULO (Brasil)

Assignaturas : Por 1 anno 30\$000. Por 2 annos 50\$000. . . .

MAR 4 '35

Vol. XXVIII

Dezembro de 1934

N. 6

Nas diarrheas de qualquer etiologia
a

TANNAMINA ZAMBELETTI

(Monotanninahexamethylenetetramina)

*dá os mais proveitosos resultados devido á sua
dupla acção adstringente e desinfectante.*

Os comprimidos se desagregam em
água fria.

J. Z a m b e l e t t i

Caixa Postal, 2069

São Paulo

EXTRATO OVARIANO TOTAL
DOSADO EM

FOLLICULINA

(GOTTAS)



CRINEX

"ACERTA NUM DIA CERTO"

ATIVO PER OS

200

LABORATORIOS
UVÉ CRINEX
18, rua Santa Amândia, 154

LABORATORIOS
SCIENTIFICOS FRANCEZES
CAIXA 2331 - RIO DE JANEIRO.

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Publicação da "Sociedade Editora Medica Limitada"

Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura: Per 1 anno 50\$000. Per 2 annos 80\$000

Vol. XXVIII

Dezembro de 1934

N. 6

Um novo medicamento no tratamento da bouba (*)

Dr. Arthur Coutinho

Chefe da Clínica de Pelle e Syphilis do Hospital
S. Almeida — Recife.

A therapeutica antiluetica, como toda medicina tem, tambem a sua moda. E tanto isso é verdade que de quando em vez apparece uma serie interminavel de especialidades de um determinado sal de bismutho ou de mercurio, ou ainda o *melhor e menos toxico* dos arsenicâes, no cartaz do dia. E' dos nossos dias o furor causado pelos sulfuretos colloidaes de mercurio, que appareceram em msasa nas pharmacias, com rotulos varios. Depois os iodobismuthatos com um sequito ainda maior de nomes, ás vezes até exdruxulos.

Não ficou ahi e chegaram os de iodêto de bismutho e mais recentemente os de iodobismuthito de sodio, que os fabricantes garantiam não terem competidores, pois o bismutho anionte atravessaria a barreira meningêa com mais facilidade, sendo a acção por consequencia mais efficiente.

Gloria ephemera! Um dos que mais reclames fizeram dessa propriedade, já em trabalho mais recente diz, "não ser o bismutho que passa a meninge com tanta facilidade, mas, o iodo".

Não houve excepção para os arsenicâes e os acetylarsans e arsamiões estão ahi para mostrar que o arsenico tem direito a uma roupa nova. Feito este summario menos para diminuir e menoscabar, do que para pôr no devido ponto a evolução do espirito mercantil, pois força é convir ser grande parte das especialidades citadas efficientes

(*) Trabalho apresentado á Sociedade de Medicina de Recife.

meios therapeuticos, passemos ao mais recente dos antisypiliticos que é o introduzido pelo eminente Prof. Jayme Pereira e que recebeu o nome de *Tarvan*.

Seu nome modesto, define entretanto a sua composição, o que é na realidade, uma vantagem. E' um tartaro vanadato de sodio, composto novo sob todos os pontos de vista no arsenal antiluético. Na Europa já se fez uso do vanádio como específico da lues, entretanto, entre nós a sua applicação foi completamente descurada sob este aspecto, tanto assim que o sal de Jayme Pereira é o unico existente no genero aqui. Como bom pharmacologista que é, procurou um composto de toxicidez minima e conseguiu isto com o tartaro-vanadato de sodio. O vanadio como seus *similes*, o bismutho e o arsenico, é dotado de poder espirilicida, conforme innumerous autores demonstraram em experiencias concludentes. O seu poder cicatrizante tambem foi demonstrado cabalmente. A toxicidez do vanadio, superior á do arsenico e bismuto, fez com! que elle ficasse na reserva. Entretanto, outros autores não satisfeitos tentaram empregar o vanadio sob formas diversas procurando sempre um composto o menos toxico possivel e até o empregaram! em natureza, em soluções oleosas. Taes productos não chegaram todavia a ter uso no Brasil.

O anno passado, o então doutorando na Faculdade de Medicina de S. Paulo, Antonio Perella escreveu uma these de doutoramento sobre "*O Vanadio como agente anti-luetico*". Empregou em suas observações o tartaro vanadato de sodio de Jayme Pereira.

As injectões foram feitas duas vezes por semana, com 2 cc. de uma solução a 7,5 %, equivalente a 0,15 por dose. Em cerca de mil injectões o autor "não observou siquer uma reacção local ou geral devida á administração do sal".

Das suas observações em animaes conclúe-se a pouca toxicidez do producto. Das suas observações em doentes, verifica-se o alto poder cicatrizante do mesmb. Recebemos do propagandista uma caixa com 6 empollas do *Tarvan* e de logo fizemos-lhe ver não poder receitar o producto antes de o experimentar convenientemente, uma vez que era completamente desconhecido para nós. Com um'a segunda offerta, mais abundante, iniciamos algumas observações na enfermaria de S. João, no Hospital S. Amaro. Em virtude da grande semelhança com a therapeutica anti-luetica procuramos colher alguns dados do poder do *Tarvan* na cura da "framboesia". Isto fizemos não só pela similitude do tratamento das duas affecções, mas tambem em virtude mesmo das suas conhecidas afinidades. Embora partidarios da theoria dualista para os responsaveis pela syphilis e pela boubá, não podemos negar serem os accidentes de uma e de outro bem analogos. Haja vista o protosyphiloma e a boubá-mãe; as lesões do secundarismo syphilitico e as da boubá; finalmente o terciarismo que não temos duvida em affirmar existir em ambas, sendo em nossas observações communs as gommás, que os proprios doentes confessam "serem! de boubá".

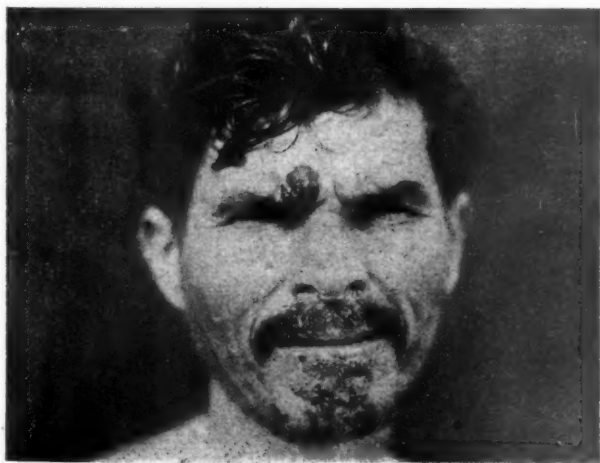
Comquanto não possamos affirmar ainda isto scientificamente, até porque se trata de pesquisas bastante delicadas, temos observa-

ções em que não podemos duvidar serem as lesões gommosas devidas ao espirocheta pertene.

Em nosso meio, em que a syphilis faz quasi parte integrante do nacionalismo, é muito difficil affirmar que um boubatico que tenha um Wassermann positivo, não seja esta positividade devida á syphilis. As reacções da "framboesina" também são discutíveis. Permanece entretanto de pé o aspecto histopathologico das lesões, que é patognomônico de cada infecção. E justamente é o aspecto histopathologico que nos faz ficar fora do aforisma de ser a boubá a syphilis dos selvagens e a syphilis a boubá dos civilizados. O que não padece duvida entretanto, é a semelhança dos agentes productores, dos accidentes causados, das reacções serologicas provocadas e da therapeutica, muito semelhante.

Do trabalho de Antonio Perella conclúe-se em relação á reacção de Wassermann, que apenas em dois casos diminuiu-se a intensidade da mesma. Alguns doentes abandonaram o tratamento sem o devido contróle e a maioria continuou com o seu Wassermann inalteravel. Isto, entretanto, não quer dizer que o medicamento não seja capaz de inverter as reacções serologicas, pois em observações mostradas pelo Prof. Jayme Pereira, havia modificação das reacções serologicas. O que houve nos doentes do Dr. Antonio Perella, é que os mesmos, tratados em ambulatorio, costumam abanonar o tratamento instituido, logo que obteem alguma melhora ou quando desaparecem os symptomas mais alarmantes.

O que não se pode negar, todavia, é o poder cicatrigeno observado pelo autor e que também coincidiu com duas observações feitas por nós e pelo academico Emidio Calvacanti e que são as seguintes:



Photographia n.º 1

J. F. Casado, 43 annos, brasileiro, agricultor, branco. Residente em Catende. Phot. N.º 1. Entrada: 30 de Janeiro de 1934. Papeleta 10.304. Sala S. João. Antecedentes marbidos herditarios-paes fallecidos de causa ignorada. Tem 15 irmãos que apparentam bôa saude.

Nega qualquer passado venereo. Tem audição muito diminuida, o que difficultou em muito a anamnese. Conta que ha mēzes appareceu-lhe na região maleolar esquerda pequena vesicula que augmentou, ulcerando posteriormente. Dita lesão cicatrizou espontaneamente. Actualmente apresenta innumeras lesões framboesiformes, de volume variando do tamanho de um caroço de milho ao de uma moeda de 200 rs. Estas lesões apresentavam crôstas amarello-esverdeadas. Destacando-se estas crôstas apparecia um fundo, lembrando o de um figo aberto.

A região frontal, ambas as faces, thorax e membros e até o proprio couro cabelludo ostentavam ditas lesões. Queixa-se de dores articulares e cephaléa. Diversos órgãos e appparelhos normaes Diagnostico clinico de boubá, confirmado pelo exame do laboratorio. Foi administrado o Tarvan em injeções intramusculares com intervallos de 2 e 3 dias. Com a primeira empolla manifestou-se ligeira nausea em 2-2-934; á segunda, em 4-2-934, de nada se queixou. No dia seguinte havia melhora sensivel nas lesões. Na terceira, em 7-2-934, o paciente queixou-se de fortes nauseas, sem maiores consequencias e no dia seguinte as melhoras eram maiores. Quarta injeção em 10-2-934. De nada se queixou. No dia seguinte a regressão das lesões era mais acentuada ainda. Quinta injeção em 14-2-934, nada se queixou. Sexta injeção em 17-2-934, as lesões desapareceram por completo. Ainda continua em tratamento no hospital.

M. A. de S. Pardo, solteiro, 16 annos. Residente em Ipojuca. Agricultor. Phot. n.º 2. Entrada em 9-2-34. Enfermaria S. João.



Photographia n.º 2

Pae vivo gosando saude. Genitora falleceu de trabalho de parto. 5 irmãos gosando saude. Teve sarampo, varicella, coqueluche, parotidite infecciosa, cancos venereos e adenite que supurou. Grippe e resfriados constantes. Diz que trabalhando, cortou o pollegar esquerdo, cuja lesão ulcerou. Visitou varias pessoas acomettidas de "boubá", a qual o doente dava tambem a alcunha de *sabida*. Tempos após appareceu-lhe uma lesão que augmentou e cobriu-se de casca (sic).

Posteriormente appareceram em varias partes do corpo, as lesões que ostenta actualmente.

Exame objectivo: orgãos eapparelhos normaes a não ser os ganglios que são engorgitados. Queixa-se de rheumatismo e cephaléa e tem dores osteócopas. Informa que as lesões não são pruriginosas, mas bastante dolorosas, quasi como queimaduras. Lesões de aspecto framboesiforme distribuidas em varias partes do tegumento cutaneo. Crôsta amarello-esverdeada mostrando quando se a destacava um fundo amarello, lembrando um figo partido. Diagnostico clinico de "boubá" confirmado pelo exame microscopico. 48 horas após a primeira injeccão de tartaro-vanadato de sodio ainda havia treponema pertenu nas lesões. Picadas com tres dias de intervallo; com a terceira empolla as lesões regrediram completamente, como desapareceram o rheumatismo e a cephaléa.

Teve ligeiras nauseas com a primeira injeccão, supportando bem as demais. Ligeiros commentarios: A medicação em apreço é sem duvida de alto poder cicatrizante. O seu poder cicatrizante deve estar ligado não só ao vanadio mas tambem á molecula do tartaro. A ligeira nausea manifestada pelos pacientes deve correr por conta do tartaro. Não é todavia suficiente para que o tratamento seja suspenso.

E' sem duvida, um meio espirilicida de valor; uma arma a mais no grande arsenal dos antisyphiliticos. Merece ser empregada com a devida attenção, como os congeneres, salvaguardando-se as possiveis contra-indicações. Sendo um producto nacional, de preço relativamente pequeno e de effeito semelhante aos congeneres europeus é digno que mereça dos medicos brasileiros a sua inclusão, na sua bagagem therapeutica.

Na qualidade de modesto especialista exponho a minha opinião a respeito; não se póde tratar todo doente com um mesmo medicamento.

Endereço: Hospital S. Almeida — Recife.



**TUBERCULOSE
ARTHRITES
ASTHMA
LUPUS**



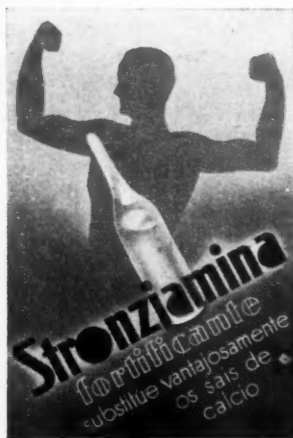
ENDOVENOSO: SANOCRYSINA
INTRAMUSCULAR: OLEO-SANOCRYSINA

SANOCRYSINA

D^{re} BLEME & C^{ia} LTDA CAIXA POST. 2222 RIO

Soc. An. Italiana "VAP"

Lab. Chimico Dr. Prof. G. RANZOLI S/A. — Milano - Italia



Methylglioxylo de estroncio-
dietilendiamina em solução
isotonica chloretonada.

para injeções hypodermicas de 2 cc. e
endovenosas de 5 cc.

Não dá sensação de calor, nem
reacções secundarias.

Amostras e literaturas :

Alberto Mazzucchelli & Cia. Ltda.
Caixa Postal, 1085 - São Paulo

A dor na cholecystite (*)

Estudo clinico

Dr. Felicio Cintra do Prado

Chefe do Serviço de Clinica Medica de homens na Policlínica de São Paulo.

(Conclusão)

5 — DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL DA DOR NA CHOLECYSTITE

Interessante e util, na pratica, é a questão de se estabelecer até onde vae a possibilidade do diagnostico de cholecystite pela só analyse das manifestações dolorosas da molestia. A este proposito, convem desde logo assignalar que o diagnostico da colica hepatica genuina nem sempre é facil, mesmo observando-se o doente no periodo agudo da crise. Affirmada entretanto a origem hepatica da colica, todas as probabilidades militam a favor do diagnostico de cholecystite, após se excluirem outras causas menos communs, que o exame clinico revelará.

O diagnostico differencial da colica hepatica envolve um dos capitulos mais importantes da pathologia abdominal: as chamadas "crises abdominaes agudas". Estas pôdem ser produzidas, segundo ANNES DIAS, por peritonite, hemorragia, occlusão e intoxicação ou auto-intoxicação. Na pratica, entretanto, deverá o medico ter presentes, dentre ellas, as eventualidades mais communs, que são principalmente a colica appendicular e a colica renal.

Na *appendicite aguda*, a dor pôde ser epigastrica, mas esta séde coexiste com a da fossa iliaca direita, o que não se dá na colica hepatica de séde epigastrica. Mesmo quando a colica hepatica anormalmente se irradia para a região appendicular, não é difficil averiguar-se a origem infra-hepatica da dor. Ademais as irradiações communs da dor na appendicite se fazem para a região lombar direita e para a coxa direita, ao passo que a colica hepatica nunca tem uma irradiação inferior tão extensa. A pesquisa dos pontos dolorosos de

(*) Os capitulos anteriores foram publicados no n.º de Novembro ultimo, nesta Revista.

MAC-BURNEY, LANZ, MORRIS, e as conhecidas manobras de ROVSING e de BLUMBERG contribuem para realçar a origem appendicular da dor.

A *colica renal* assume frequentemente a mesma violencia da hepatica. Naquella, entretanto, a propagação da dor é para baixo, acompanhando o tracto ureteral, ao passo que na forma pseudonephretica da colica hepatica a dor lombar é adstricta á região onde se inicia, podendo-se irradiar para os lados ou para cima. Além disso, os signaes urinarios communs á colica nephretica não acompanham nunca a hepatica.

As *colicas intestinaes* são manifestações habituaes no decurso das colites e das enterocolites; raramente attingem a intensidade da colica hepatica; extendem-se a todo o ventre, são precedidas ou seguidas de signaes intestinaes, que orientam o diagnostico differencial. As *dores gastricas* alliviam-se com o vomito, salvo nas *crises gastralgicas da tabes*, cujo diagnostico se firma na verificação dos signaes neurologicos característicos desta molestia. As *colicas saturninas* são raras em nosso meio e reveladas pelos antecedentes do caso em apreço. Na *pancreatite aguda hemorrhagica* a séde da dor é umbelical e a propagação se faz para a região lombar esquerda e para o hypochondrio e espadua do mesmo lado.

* * *

Os symptomas dolorosos da cholecystite collocam muitas vezes o medico em difficuldades para differenciar a da ulcera gastrica. São as dores do periodo chronico da cholecystite, que se entrelaçam com os symptomas dyspepticos. Uma analyse cuidadosa do quadro clinico, alliada aos exames complementares de laboratorio e exame radiologico, fornecerá porém, na maioria dos casos, a solução do problema.

Pela anamnese veremos que a periodicidade na cholecystite nunca é tão accentuada como na ulcera. Trata-se, quasi sempre, de temporadas irregulares de padecimentos, uma semana de bem estar seguida de 4 ou 5 dias de dores bruscamente despertadas, embora sem quebra de regimen. A's vezes ha, de facto, o que se poderia chamar de periodicidade; mas, justamente nestes casos, o reinicio dos padecimentos não se faz, como na ulcera, progressivamente e sim abruptamente, por uma colica.

O doente de ulcera gastrica contará que existe uma relação estreita entre as dores e a ingestão dos alimentos. Estas installam-se aos poucos, primeiro um mal estar, depois peso, sensação de queimadura, etc. e assim até o apparecimento da verdadeira dor, a qual não se manifesta tão intensamente que arranque gemidos; antes, como diz VON BERGMANN, é daquellas dores que se supportam apertando os labios. A irradiação para o dorso, quando existe, se faz em profundidade, como uma facada ou uma compressão por cinta de ferro.

As melhores também vêm aos poucos; o desaparecimento da dor se faz progressivamente, como o seu apparecimento. O proprio doente nunca emprega o termo "colica", quando descreve as suas dores.

Na cholecystite o caso é outro. Os phenomenos dolorosos não têm uma relação absoluta com a comida, apparecendo ora logo após, ora com o estomago ainda vazio. São dores fortes, lancinantes, que attingem o seu maximo de intensidade em alguns segundos. O vomito não as acalma. A irradiação se faz largamente para o lado direito do abdomen, para o thorax, hombro direito, dorso. Também a cessação da dor pôde sobrevir bruscamente, tal como o inicio.

Estas dores post-prandiaes têm, ademais, um caracter differencial na cholecystite. Ellas sobrevêm mesmo com os alimentos leves (leite, sopa, chá) e não raro deixam de apparecer com os alimentos solidos, taes como a carne. A intolerancia para alimentos gordurosos é notavel em certos casos.

Si o doente accusar, na historia da sua molestia, hematemese ou melena, o medico não deve hesitar entre o diagnostico de ulcera e cholecystite. Outras duvidas teriam, talvez, seu cabimento (cancer, cirrhose hepatica, etc.); mas, entre estas duas hypotheses, deve-se pensar immediatamente em ulcera, pois ella é causa frequentissima das hemorragias gastro-intestinaes, ao passo que estas são muito raramente são observadas na cholecystite sem complicação.

Ao contrario, surtos de ictericia ou sub-ictericia, no passado do doente, falam pela existencia de cholecystite. Da mesma fórma também a febre, que é uma excepção nas ulceras não complicadas.

* * *

A ulcera do duodeno pode apresentar semelhança maior ainda com a cholecystite não só no que diz respeito á symptomatologia como também aos signaes evidenciados pelo exame do paciente. O quadro clinico de ambas as molestias é bem conhecido. Nos casos typicos, a confusão não tem logar. Mas não é a estes que nos referimos. Referimo-nos justamente áquelles casos larvados de cholecystite, que simulam ulcera duodenal, ou aos casos de ulcera que se nos apresentam tal como se fossem de cholecystite.

Recordemos ligeiramente alguns característicos da ulcera do duodeno. Ha a periodicidade, isto é, phases de acalmia ou ausencia das perturbações; a dor tardia, dor da fome ou fome dolorosa, que desaparece com a ingestão de alimentos; as dores localisam-se no epigastrio e daí se irradiam para a direita; nem sempre são dores typicas, ás vezes não passam de peso, uma fome extranha e por demais incommodativa, uma sensação de queimadura, qualquer cousa que alli estivesse a perfurar ou a machucar; não raro todavia é dor lancinante, que pôde fazer o doente gritar, tal como uma colica, mas as irradiações embora se façam para a direita e para as

costas não attingem, senão excepcionalmente, o hombro; a região pyloroduodenica é dolorosa ao palpar.

Na cholecystite, como já vimos, a periodicidade é menos accentuada; a dor não tem relação uniforme com as refeições; sobrevem bruscamente, rapidamente attinge o seu maximo; localisa-se á direita, sob o figado e irradia-se para as costas, até o hombro; mesmo os alimentos leves podem despertal-a. Sobretudo após as colicas pôde haver augmento do figado, hyperbilirubinemia discreta ou ictericia declarada, urobiligenuria. Pela sondagem duodenal pôde-se outrosim obter uma bile vesicular (bile B) com abundancia de leucocytos ou mesmo leucocytos deformados.

Analysando bem estes signaes em ambas as molestias, já se consegue, desde logo, uma segura orientação ao juízo clinico. A pesquisa das zonas de HEAD tem aqui um valor pratico nullo, da mesma forma que nas ulceras gastricas situadas nas vizinhanças do pyloro. Antro, pyloro e duodeno recebem innervação da direita, tal como a vesicula. Como seria possivel, numa pesquisa já de si delicada e muito sujeita a erros (sugestão do doente, etc.), distinguir pequenas differenças de localisação?

A pesquisa da zona dolorosa á percussão pôde comtudo ser utilizada, ás vezes com resultado. Não ha duvida que este processo, zpparentemente tão simples, encobre phenomenos complicados de sensibilidade: hyperesthesia e hyperalgesia cutaneas (zonas de HEAD), hyperalgesia de segmentos musculares abdominaes, hyperesthesia segmentar do peritoneo parietal, sensibilidade do órgão affectado, augmento da sensibilidade dolorosa do plexo solar, etc. Por outro lado, conforme acabamos de accentuar, tanto o duodeno como a região pylorica estão situados á direita da linha mediana e, tal como a vesicula, recebem innervação da direita. Quer dizer, a zona que fôr delimitada pela percussão será sempre á direita e corresponde mais ou menos á mesma região, quer se trate de pyloro, duodeno ou vesicula. Mas, é certo tambem que o pyloro e o duodeno se mantêm, a bem dizer, fixos durante os movimentos respiratorios, ao passo que a vesicula desce sensivelmente com o figado, durante a inspiração. Conclúe-se daqui que a zona dolorosa á percussão se mantem invariavel nas affecções pyloro-duodenicas, ao passo que ella se alarga e se estende com a inspiração na cholecystite (Figs. 12, 13 e 14).

O ponto phrenico direito tambem não apparece nas affecções pyloro-duodenaes.

* * *

Da mesma fórmula, a appendicite chronica simula a cholecystite: dôr apparecida sob o aspecto de crises recidivantes, localisada do lado direito sem séde appendicular nitida, dyspepsia appendicular, constipação rebelde, sub-ictericia, etc.

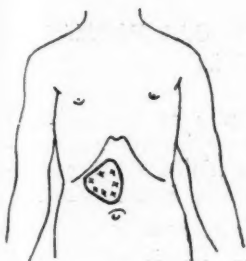


Fig. 12

Zona de percussão dolorosa na ulcera do duodeno. Os pontos assignalados x dentro da zona são os mais sensíveis á pressão.

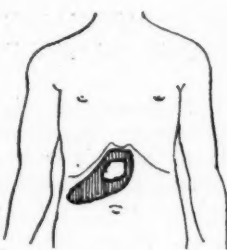


Fig. 13

Zona de percussão dolorosa na cholecystite. Campo riscado: durante a inspiração. Campo em branco: na expiração.

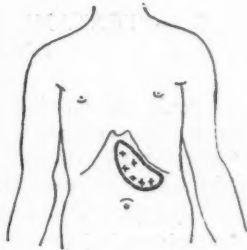


Fig. 14

Zona de percussão dolorosa na ulcera gastrica.

(Segundo Kalk e Siebert).

Um exame meticoloso elucida quasi sempre o diagnostico. O medico procederá á pesquisa dos pontos de MAC BURNEY e LANZ. Procederá ainda ás seguintes manobras, para pôr em evidencia a localisação appendicular da dor, que é a chave do diagnostico:

Methodo de WALTHER — Applicar a mão espalmada sobre a parte mediana e esquerda do abdomen e procurar impellir os gases intestinaes, seguindo o trajecto inverso do colon, para a região cecal. Dor, em caso de appendicite.

Methodo de JAWORSKI e LAPINSKI — Mandar o doente levantar a perna direita esticada a cerca de 15 centimetros acima do plano da cama e palpar o appendice de encontro ao musculo psoas contrahido.

Methodo de BERTHOMMIER — O doente deitará sobre o lado esquerdo; o movimento da massa abdominal, obedecendo ás leis da gravidade, faz com que o ponto de MAC BURNEY, insensivel no decubito dorsal, se torne muitas vezes doloroso.

Methodo de ROSENSTEIN — Fazer deitar o doente sobre o lado esquerdo e procurar com a pressão dos dedos empurrar o appendice em direcção á fossa iliaca esquerda. Si o appendice está inflammado e tumefeito, esta pressão é dolorosa, pois elle puxa o mesenterio geralmente hypersensivel nestes casos.

Por fim, sendo possivel, recorrer ao exame radiologico, que permite a localisação nitida das zonas dolorosas e que mostra a fixação, a deformação, a dilatação ou os acotovelamentos do cæcum-colon (casos de typhlite), bem como a dilatação da vesicula biliar e os signaes de periduodenite.

6 — TRATAMENTO SYMPTOMATICO DAS FÓRMAS DOLOROSAS DA MOLESTIA

Após ter estudado a frequencia, a origem e os caracteristicos da dor na cholecystite, parece-nos interessante dedicar algumas considerações aos recursos de que se pôde valer o clinico contra as manifestações dolorosas da molestia, prevenindo-as ou attenuando-as.

Tratamento preventivo. — Como prevenir os accessos dolorosos da cholecystite? A dor, como vimos, depende immediatamente da contracção espasmodica da vesicula e das vias biliares; a espasmodicidade liga-se, por sua vez, ao estado pathologico em que ellas se encontram. Indispensavel é que se não dê oportunidade ás causas immediatas da dor, procurando-se outrosim a melhora e a cura do processo pathologico que as condiciona. Por outras palavras, o tratamento preventivo das dores só é efficaz quando completado pelo tratamento causal da molestia.

Segundo a observação clinica, as dores na cholecystite são imminentes cada vez que a drenagem da vesicula fôr insufficiente (*dyscholia* segundo KALK). A esta regra faz excepção apenas o caso em que a vesicula, entupida de calculos, profundamente alterada ou excluida por obstrucção do cystico, seja inoperante.

Os doentes com boa drenagem biliar raramente têm dores agudas. Estas surgem quando a excreção da bile — sempre ameaçada na cholecystite — soffre qualquer transtorno. Basta restabelecer-se a função excretora para que ellas tendam a desaparecer. Verdade é que a regular cholecinese não impede as dores brandas, mais ou menos permanentes, circumscriptas á vesicula inflammada; mas é tambem verdade que a inflamação mostra regredir com uma boa drenagem biliar e, ao contrario, sempre se aggrava com a estagnação na vesicula e nos ductos. A cholecinese ampla liberta o fóco inflammatorio de um material eminentemente irritativo e propicia a cura. Por isso mesmo, o objectivo do tratamento clinico nos casos de cholecystite deve ser o restabelecimento da função normal da vesicula e canaes excretores da bile, e não a enganadora esperanza de que os calculos — presentes na immensa maioria dos doentes — venham a ser expellidos ou dissolvidos. Tambem por isso discordamos dos autores que vêm nas colicas repetidas uma contra-indicação á chamada "drenagem medica" pela sonda duodenal, que constitue o processo mais activo de estimulo á cholecinese. A nossa experiencia pessoal mostra que justamente nestes casos o tratamento clinico deve ser tentado por esse processo, sem prejuizo de outras medicações ou regimens de effeitos cholagogos, a serem complementarmente experimentados. Alguns clinicos preferem, em taes doentes, augmentar a cholerese, estimulando o trabalho secretor da cellula hepatica, em vez de garantir e favorecer a excreção da bile no intestino, isto é, a cholecinese. Esta conducta, quando exclusivista, só nos tem dado decepções.

Estabelecido, portanto, que a dyscholia constitue a condição immediata mais frequente para o apparecimento das dores na cholecystite, segue-se que a preocupação do clinico será evitar, pela administração adequada de cholagogos, que ella se installe; em caso de dores declaradas, tratará de combater-las, reforçando o emprego dos medicamentos e, sobretudo, recorrendo á intubação duodenal. Esta pôde ser tentada em dias seguidos ou alternados, sem quaesquer inconvenientes, até completar-se uma série de 5 intubações; instilam-se pela sonda, de cada vez, 50 grs. de oleo de olivas quente; com as melhoras experimentadas geralmente pelos doentes, vae-se espangando gradativamente o emprego da tubagem.

Ainda pela tendencia á estagnação biliar é que se explica a frequência das dores em doentes com disturbios intestinaes, principalmente prisão de ventre. Todo obstipado tem, de regra, uma dysfunção biliar concomitante; o delicado complexo que preside á função do esphincter de Oddi e da musculatura dos ductos biliares fica reflexamente perturbado (*dyscinesia* segundo WESTPHAL). Dahi a necessidade de se combater a prisão de ventre nos casos de cholecystite, Enquanto o intestino estiver funcçãoando mal, o paciente soffrerá dores ou pelo menos estará sob a ameaça de symptomas dolorosos, quicá de uma colica. O uso temporario de laxativos brandos, salinos ou oleosos, não deve ser condemnado nestes casos, levando-se ainda em conta o effeito cholagogo secundario de taes medicamentos.

Muito importante, finalmente, é realçar que as perturbações gastricas se reflectem tambem sobre o funcçãoamento do systema biliar. Todo alimento mal tolerado pelo estomago — principalmente os acidos, os picantes, as comidas fritas e as bebidas alcoolicas — é capaz de provocar dores hepaticas.

Pôde-se, portanto, dizer em resumo que o tratamento preventivo das manifestações dolorosas da cholecystite deverá visar a cholecinese, pois qualquer transtorno da função excretora dos ductos e da vesicula é condição propicia ao apparecimento das dores. Assim, a administração regular de cholagogos e mesmo o emprego da tubagem duodenal, são, na maioria das vezes, recursos efficazes para prevenir taes symptomas. Por outro lado, o perfeito funcçãoamento gastro-intestinal favorece a função biliar e contribúe decisivamente para resguardar os doentes de cholecystite contra a eventualidade das crises dolorosas.

Tratamento symptomatico das fórmias dolorosas da molestia. — E' bem de ver-se que o desaparecimento de um symptoma só se obtém em definitivo pelo dominio de sua causa. Nem por isso perdem interesse e importancia pratica algumas considerações que vamos fazer, indicando a conducta therapeutica no que respeita á dor na cholecystite. Entretanto, devemos accentuar de inicio que nos occuparemos agora dos symptomas dolorosos que não tenham attingido a intensidade de uma verdadeira colica; esta constituirá objecto de um paragrapho a parte, logo em seguida.

De accôrdo com as considerações atraz expendidas — segundo as quaes a drenagem vesicular não só até certo ponto previne como tambem contribue para que as dores desapareçam — de accôrdo com taes premissas deve preoccupar-se o clinico em assegurar ou restabelecer a excreção biliar, em todas as formas dolorosas da cholecystite. Para tal fim lançará mão, em primeiro logar, da tubagem duodenal. Esta não tem contra-indicações, salvo se o doente, com profunda ictericia, fôr sujeito a faceis hemorragias gastro-duodenaes, com o traumatismo, embora pequeno, provocado pela introdução da sonda no estomago — conforme já observámos em 2 casos. Aliás, não contamos nenhum caso de hemorragia profusa: vimos apenas, nestes doentes, que a sonda não transpoz o pyloro (o espasmo pylorico é commum na ictericia e quasi sempre impossibilita a intubação duodenal) e que a bile refluida para o estomago e escoada pela sonda juntamente com succo gastrico, era tinta de sangue. Entretanto, concordamos em que nos casos de ictericia franca esta circumstancia representa uma contra-indicação relativa, que o clinico prudentemente resolverá de caso para caso.

Com a intubação, ordinariamente repetida cada semana, alcançámos em alguns doentes que as dores desaparecessem; e até mesmo colicas, sobrevindas cada 20-30 dias, desde ha mezes, cessaram de vez. Em taes casos, empregámos a instillação de oleo de olivas quente ou, quando havia prisão de ventre, uma mistura de:

Sulfato de magnesio sol. aquosa 30%	} ãa 25 cc.
Peptona de Witte sol. 10 %	

tal como na prova de Meltzer — Lyon.

Além da tubagem duodenal repetida, recommenda-se o emprego de substancias cholagogas por via buccal. De longa data se conhece o emprego do oleo de olivas, 2 colheres de sopa; do sal de Carlsbad (Sprudelsalz), uma colher de chá; de uma chavena de chá de boldo ou de pariparoba. Aconselhamos o emprego destes medicamentos de manhã em jejum, deitando-se o doente sobre o lado direito, durante meia hora, para facilitar o esvaziamento gastrico e obter um effeito cholecinctico maximo. A nossa experiencia pessoal confirma os bons resultados desta therapeutica.

Ha no commercio uma série enorme de preparados nacionaes e estrangeiros, em cuja composição entram medicamentos de indiscutivel acção cholagoga, taes como sulfato de sodio, sulfato de magnesio, peptona, oleato de sodio, phenolphthaleina, podophyllina, derivados dos acidos biliares, etc. e aos quaes se juntam por vezes substancias cholereticas (como o atophan, o salicylato de sodio e outros), antisepticos (urotropina, trypaflavina, saes de prata ou de ouro, azul de methyleno) e antispasmodicos (sobretudo a belladona).

Temos experiencia sufficiente com quasi todos estes medicamentos á venda, para poder dizer que o seu effeito é variavel de doente para doente e, assim, não recommendar systematicamente qualquer

delles. Adoptamos o criterio de empregal-os, tendo em vista os seus resultados na primeira semana de uso; si ao fim desse prazo, apesar de regularizada a funcção gastro-intestinal, persistirem os symptomas dolorosos, substituímos a medicação.

Ao lado dos processos cholecineticos, seja pela intubação seja pelos cholagogos, podemos aconselhar ainda o emprego das injecções endovenosas de calcio e de glycose. Taes injecções influenciam beneficamente os órgãos doentes, pela acção tónica e sedativa sobre o fígado e sobre o systema vegetativo.

Os analgesicos, como Pyrethana, Veramon, Optalidon, Novalgina, e similares podem ser empregados passageiramente, nas crises dolorosas. Colhemos bom effeito, por exemplo, com a seguinte formula:

Phosphato de codeina.	0,1 - 0,2
Novalgina	2,0 - 3,0
Agua de amendoas amargas	5,0
Agua distillada ad	20,0

T. XXX gottas, num pouco d'agua, até 4 vezes ao dia.

Fóra das crises agudas, o effeito dos analgesicos é illusorio. Ademais, convem sempre tentar, nestes periodos agudos, o emprego de grandes clystères de agua morna, que, evacuando o intestino e libertando-o dos gases, dão aos doentes uma sensação de allivio.

As applicações de calor sobre a região hepatica, principalmente a diathermia (série de 10 a 15 applicações, de 20-30 minutos, em dias seguidos ou alternados) contribuem para abrandar as dores e combater a espasmodicidade.

Afóra os medicamentos e os meios physicos, ha de o medico prescrever uma dieta apropriada. Neste particular, não se pode dizer que as fórmulas dolorosas da cholecystite requerem uma dieta especial, diferente da que se costuma prescrever para as fórmulas dyspepticas da mesma molestia. Não; a dieta obedecerá aos principios geraes, a cujo respeito tivemos oportunidade de tecer varias considerações no nosso trabalho sobre "Cholecystite e pathologia gastro-intestinal" e que não cabem no quadro restricto do presente estudo. Desejamos apenas chamar a attenção para a necessidade que os doentes têm, de se alimentarem com regularidade e ameadadamente, porquanto, como dizia NAUNYN, o melhor cholagogo é a comida: cada vez que o chymo passa do estomago para o duodeno, provoca reflexamente a descarga da vesicula e dos ductos biliares.

Insistiremos, por fim, nos beneficios do repouso, quando a cholecystite apresentar manifestações dolorosas. Repouso do corpo e do espirito. Da mesma fórmula que as emoções e as contrariedades podem dar pretexto aos transtornos motores do estomago e do intestino, assim tambem podem causar e aggravar os disturbios espasmodicos das vias biliares. Remover, em certos casos, estes factores psychicos é completar o tratamento dos doentes com a unica medida que lhes

dará o alívio tão pertinazmente, por outras fórmulas, procurado. Numa estância hydro-mineral associam-se, por vezes, todas as circunstancias favoráveis ao tratamento da molestia: clima, repouso, dieta, uso das aguas medicinaes.

Tratamento da colica hepatica. — A colica hepatica, pela sua habitual intensidade e pelos aspectos verdadeiramente dramaticos de que se reveste, exige medicação de effeitos immediatos e seguros. Sómente os anti-espasmodicos e os analgesicos poderosos dão resultados; o emprego de bolsas quentes, cataplasmas, vesicatorios, etc. de nada adianta sem elles. A intolerancia gastrica, levada ao gráo de vomitos repetidos, impede a administração de medicamentos pela via oral; o medico terá assim de empregar a via sub-cutanea ou rectal, sendo aquella a preferida, pela sua praticabilidade e rapidez.

A atropina e os opiaceos, só ou associados, constituem os medicamentos de escolha.

Pela via rectal, póde-se usar a seguinte formula:

Sulfato de atropina	0,001 milligr.
Chlorhydrato de papaverina	0,05 cntgrs.
Ext. opio	0,03 cntgrs.
Manteiga de cacau	q. b.

Para 1 suppositório.

Alguns clinicos empregam os pequenos clystéres quentes, 60 cc. de agua ou infusão de camomilla, com 1-2 grs. de analgesina e XXX-XL gottas de laudano de Sydenham. Outros preferem o clystér quente de chloral:

Hyd. de chloral	1,0 - 2,0 grs.
Muc. de gomma ad	50,0

Na pratica, observa-se que o recurso da via rectal redundava quasi sempre em demora e em difficuldades, de que não se compadece o caso. Mais expedito e certo será o emprego da via sub-cutanea para a administração do antiespasmodico e analgesico: sulfato de atropina (0,001 milligr.), Bellafolina, Sedol, Pantopon, Pavon, Spasmalgina, etc.

A colica é tão intensa e rebelde em alguns casos que chega a resistir ao emprego de apenas uma empola de qualquer dos preparados acima referidos. Em taes doentes, passada pelo menos uma hora, póde-se repetir a injeção sub-cutanea ou então recorrer á injeção paravertebral de novocaina. Segundo LAEWEN, uma unica injeção de 10 ccs. de uma solução a 2 % de novocaina á direita da nona apophyse transversa, portanto, ao nivel do 10º nervo thoraxico direito, seria sufficiente para pôr termo a colicas terriveis. Convem notar-se que tal injeção neste ponto acalma as dores vesiculares e hepaticas, e, por um motivo anatomico (zonas de HEAD), só a estas;

por isso LAEWEN recommenda este processo como meio de diagnostico differencial de outras colicas abdominaes, provenientes do estomago, rins, uretér, intestino e appendice.

7 — RESUMO E CONCLUSÕES

O A., estudando os symptomas dolorosos da cholecystite, confronta a descripção de outros autores com o que observou em cerca de 200 casos de sua clinica.

Após dividir as fórmias clinicas da molestia em *dolorosas*, *dyspepticas* e *mixtas*, chama a attenção para a maior frequencia, em nosso meio, das fórmias mixtas, nas quaes os mais variados phenomenos dolorosos e dyspepticos costumam apparecer no intervallo de grandes crises de colica hepatica.

Referindo-se á pathogenia da dor na cholecystite, realça o conceito actual de que a colica hepatica — devida essencialmente ás contracções espasmodicas das vias biliares — não significa lithiasé; apparece principalmente na cholecystite calculosa, mas pôde tambem ter os mesmos caracteristicos na fórmula de resto menos commum, da cholecystite não calculosa.

No estudo das modalidades dos symptomas dolorosos, o A. põe em relevo a séde habitual e a irradiação da dor na cholecystite; encontrou nos seus casos de colica hepatica algumas particularidades dignas de nota, taes como a dor epigastrica sem propagação, a dor em cinta e a dor irradiada para o hypochondrio esquerdo, e assignala os resultados de suas pesquisas em torno da maior ou menor frequencia dos pontos dolorosos e das zonas de hyperalgesia e hyperesthesia cutanea. Baseado nos caracteristicos da dor, estuda o diagnostico differencial da colica hepatica, e das dores atypicas da cholecystite passíveis de confusão com outras dores abdominaes.

Por fim, o A. occupa-se com o tratamento symptomatico das formas dolorosas da cholecystite, julgando que, pela sua experiencia pessoal, a fórmula mais efficaç de tratamento consiste em assegurar a cholecinese. A boa drenagem biliar propicia o desapparecimento ou mesmo previne os symptomas dolorosos, pelos quaes a molestia sóe manifestar-se nos seus periodos chronicos. Até em casos de colicas hepaticas repetidas, a medicação cholecinetica, principalmente por meio da intubação duodenal, deve ser empregada — uma vez cessada a crise aguda — como recurso preventivo de novas colicas.

ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Bei seiner Betrachtung der schmerzhaften Erscheinungen der Cholecystitis stellt der Verfasser die Beschreibung anderer Autoren denjenigen Beobachtungen gegenüber, die er selbst an Hand von ungefähr 200 Fällen in der eigenen Praxis gemacht hat.

Er teilt die klinischen Formen ein in schmerzhafte, dyspeptische und gemischte; er weist darauf hin, dass in Brasilien die gemischten Formen vorherrschen, wobei die verschiedenartigsten schmerzhafte und dyspeptische Beschwerden während der Krisenpause der Leberkolik in Erscheinung zu treten pflegen.

Bezüglich der Entstehung des cholecystitischen Schmerzes betont er den augenblicklich herrschenden Standpunkt naemlich dass die Leberkolik (die ja hauptsächlich auf spastische Contractionen der Gallenwege zurückzuführen ist) noch lange nicht Vorhandensein von Gallensteinen bedeutet; wenn die Koliken auch meistens auf Grund von Gallenkonkrementen zustandekommen, so gibt es doch eine Reihe von Schmerzanfällen (zwar seltener) die ohne das Vorhandensein von Konkrementen auftreten.

Bei der Beschreibung der verschiedenen Schmerzformen hebt der Verfasser den gewohnheitsmaessigen Sitz und die Ausstrahlung des Schmerzes bei dem cholecystitischen Schmerz hervor. Er fand bei seinen Fällen von Leberkoliken

eine Reihe von bemerkenswerten Einzelheiten wie z. B. den epigastrischen Schmerz ohne Ausstrahlung, den guertelartigen Schmerz und die ausstrahlenden Schmerzen in das linke Hypochondrium. Er registriert das Resultat seiner Untersuchungen in grosserer und weniger grosser Haeufigkeit der Schmerzpunkte und der hyperalginischen und hypersthetischen Zonen auf der Haut. Auf der Grundlage der Eigentuemlichkeit des Schmerzes studiert der Verfasser die Differentialdiagnose der Leberkoliken und der atypischen Schmerzen bei der Cholecystitis, welche Veranlassung zu Verwechslungen mit anderen Schmerzen in der Bauchgegend geben.

Schliesslich erortert der Verfasser die symptomatische Behandlung der schmerzhaften Formen der Cholecystitis und kommt zur Ueberzeugung, dass nach seiner personlichen Erfahrung die wirksamste Behandlung in einer ausgiebigen Cholecinese besteht. Die reichliche Entleerung der Galle bewirkt das Verschwinden der schmerzhaften Symptome, durch welche die Krankheit sich in ihren chronischen Stadien zu aeussern pflegt oder beugt diese Schmerzen sogar vor. Selbst in Faellen von wiederholten Leberkoliken sollte die cholecinetische Behandlung angewandt werden, besonders mittels der Duodenalsondierung, nachdem der Schmerzanfall vorbei ist, um neue Koliken zu vermeiden.

* * *

8 — BIBLIOGRAPHIA

- ANNES DIAS — Lições de Clinica Medica, 4.^a série. Porto Alegre, 1933.
- ASCHOFF — *Bemerkungen zur pathologischen Anatomie der Cholelithiasis und Cholecystitis*, Verhand. der deutschen path. Gesellschaft, 1905.
- BERGMANN — no tratado de Mohr-Staehelin, vol. III — 1926 (*Molestias do aparelho digestivo*).
- BERGMANN — *Neuere Gesichtspunkte bei der Gallenblasenkrankheit*. Jahreskurse f. arztl. Fortbildung, vol. 3, pag. 7 — 1922.
- CINTRA DO PRADO, F. — *Cholecystite e pathologia gastro-intestinal*. São Paulo, 1929. Empreza Graphica Revista dos Tribunaes.
- CINTRA DO PRADO, F. e F. FIGLIOLINI — *Causas de insucesso na intubação duodenal*. Brasil Medico, 11-4-1931.
- CINTRA DO PRADO, F. e CLEOMENES MACHADO, J. — *Ueber die Technik der Duodenalsondierung*. Dtsch. Med. Wschr. n.º 38 19-10-1931.
- CHIRAY e PAVEL — *La vésicule biliaire*. Masson, Paris, 1927 (extensa indicação bibliographica).
- EPPINGER e WALZEL — *Die Leberkrankheiten*, Leipzig, 1926.
- KALK e SIEBERT — *Ulcus duodeni und Gallenwege*. Klin. Wochenschr., Dez. 1927, pag. 2313.
- KALK — *Probleme und Ergebnisse der Gallenwegsdiagnostik*, Berlim, 1928.
- LYON e SWALM — *The therapeutic value of nonsurgical drainage of the biliary*. Journ. Am. Med. Ass. vol. 85, pag. 1541. 1925.
- LOWY — *Pseudo-gallensteinkoliken bei Leberzirrhose und subakuter Leberatrophie*, Wien. kl. Wochenschr. 1924, n.ºs 34 e 35.
- LOEPER — *Leçons de pathologie digestive*, 4.^a série, Masson, Paris, 1919 e 5.^a série, 1922, mesmo editor.
- MATTHES — *Differentialdiagnose der inneren Krankheiten*, 5.^a edic. 1928, Julius Springer, ed.
- PARTURIER — *Seméiologie biliaire*, Masson, Paris, 1926.
- TRIPPIER e PAVIOT — *Pathogénie péritonique de la colique hépatique*, Science méd. 28-1-1903.
- UMBER — *Tratado de Medicina interna de Mohr — Staehelin, volume sobre Molestias do fígado e pancreas*, 1926.
- WESTPHAL — *Muskelfunktion, Nervensystem und Pathologie der Gallenwege*, Zeit. fur klinische Medizin, 1923, t. XLVI, n.ºs 1 a 3.

Sobre um caso de fuso-espirochetose pulmonar em um portador de megaesophago e megacolon (*)

Dr. João Alves Meira

Assistente de Parasitologia da Faculdade de Medicina de S. Paulo

(continuação)

Os factos assignalados até aqui são bastante instructivos acerca da frequencia dos casos de fuso-espirochetoses broncho-pulmonares e bem evidenciam os multiplos aspectos clinicos com que elles simulam outros estados pathologicos de etiologia diversa.

Estes casos não constituem raridade entre as infecções de aparelho respiratorio e pelo contrario sua frequencia parece ser bem maior do que admittida geralmente. Hermann na 32.^a reunião da American Roentgen Society realisada em setembro de 1931, discutindo justamente as variedades da infecção fuso-espirochetosica pulmonar apresentou uma serie de casos encontrados em um serviço de clinica medica geral na proporção approximada de 15-20 % das infecções respiratorias. Seu diagnostico realmente só pode ser precisado pelo exame do escarro e pelo achado de numerosos espiroquetas associados com os bacillos fusiformes.

Certos factos decorrentes do conhecimento da pathologia podem orientar o diagnostico para a suspeita da fusi-espirochetose broncho-pulmonar (complicações respiratorias consecutivas á angina de Vincent, phenomenos pulmonares (bronchites, abcessos e gangrenas pulmonares) em individuos com a bocca em condições precarias de hygiene (dentes cariados, pyorrhoea, etc.), pneumopathias post-operatorias (abcessos pulmonares) maxime após operações nas vias aereas superiores.

A symptomatologia clinica é muito variavel e, como se deprehende do que já mencionámos, ella se confunde no quadro de afecções diversas do aparelho respiratorio. O diagnostico deverá então ser sempre etiologico por isso só realisavel pelo exame cuidadoso do escarro, não só pelos processos de impregnação argéntica,

(*) Veja-se o início em nosso ultimo numero.

como também pelos corantes com base de anilina (Ziehl-Giemsa) para que não escape o achado dos bacillos fusiformes, que é sempre mais difficil do que nos processos de impregnação. O que dissemos para a symptomatologia devemos repetir para os signaes objectivos. A radiologia doutra parte não fornece imagem característica que por si só faça o diagnostico etiologico do processo, mas é de grande importancia para precisar a forma que este reveste. Enescu e Bercovici, a proposito de 11 casos de espirochetoses pulmonares, assim descreveram a resultado do exame radiologico: "Elle mostrou, no começo, uma sombra de forma triangular, de vertice voltado para o hilo do pulmão, de base voltada para fóra sem attingir a parede axillar. Na maior parte das vezes esta sombra é situada na parte media do campo pulmonar; mais tarde, ella cresce e se estende em todas direcções, attingindo as paredes costaes.

As bordas da sombra são diffusas e não cortantes. A sombra fica mais intensa em seu meio, e mais tarde vê-se apparecer neste lugar uma caverna que contem em geral um liquido de nivel horizontal. A caverna é situada habitualmente no meio do pulmão, não attingindo sua superficie. Nos casos mais avançados, a maior parte do pulmão é occupada por manchas e *marbrures* de opacidade não uniforme. No meio vê-se uma caverna maior e por vezes outras menores. No outro pulmão ha sombras disseminadas (broncho-pneumonia). O exame radiologico nos mostrou que a evolução da molestia é central. Sendo dado que a lesão se acha no centro do pulmão os signaes esthetacusticos são insignificantes no inicio e a affecção pode ser tomada por uma bronchite não é senão o exame radioscopico que mostra a gravidade da affecção permittindo um diagnostico preciso".

Na sua communicação já citada Hermann chama a attenção dos radiologistas para as variedades da fuso-espirochetose pulmonar que elle pensa deve ser presente ao espirito daquelles na interpretação dos exames radioscopicos e das chapas radiographicas. Quando a importancia que o assumpto merece fôr universalmente reconhecida talvez estudos radiologicos possam offerecer informações mais precisas.

Quanto ao prognostico será dictado pela forma clinica da molestia, sua localisação, sua associação ou não com outros estados morbidos, pelas condições anteriores dos doentes e pela indicação precoce de therapeutica appropriada.

Os abcessos pulmonares simples agudos (fuso-espirochetosicos) por exemplo quando abertos nos bronchios podem curar-se espontaneamente por vomicas fraccionadas continuas ou intermitentes ou, eventualidade mais rara, por uma vomica unica (Pilot e Davis): quando tal não acontece, elles evoluem favoravelmente e curam-se pela medicação neosalvarsanica. No caso que fundamenta este trabalho a acção da therapeutica arsenical mostrou-se evidente não só pelo desaparecimento dos espirochetas e bacillos fusiformes da expectoração como também pela cessação dos symptomats objectivos e subjectivos e signaes radiologicos após a therapeutica instituida

(914). A temperatura por exemplo já no dia seguinte á 1.º injeccão cahiu a normal assim se conservando.

O tratamento arsenical, principalmente o neosalvarsan, exerce manifesta acção favoravel sobre a infecção fuso-espirochetosica. Elle deve entretanto ser precoce quando os resultados são mais brilhantes. O neosalvarsan empregado commumente por via endophlebica foi tambem preconisado com resultados positivos por via intra-tracheal (Castex, Heidenreich, Repetto) nas formas gangrenosas.

A efficacia da therapeutica arsenical na fuso-espirochetose pulmonar levantou uma questão interessante de diagnostico differencial, questão que é posta nos seguintes termos respectivamente por Pilot e Davis e por Hermann.

Segundo Pilot e Davis o diagnostico de syphilis pulmonar é frequentemente feito em doentes que apresentam uma sombra radiologica de condensação, uma reacção de Wassermann positiva e uma limpeza radiologica após a arsenotherapie.

Ora, a analyse de taes casos revelou aos citados autores que o quadro clinico destes doentes é frequentemente de uma suppuração ou gangrena. Entretanto na experiencia dos autores supra-mencionados não se observa lesões solidas ou gommas do pulmão em individuos com provas positivas de syphilis em outras visceras. Ora, como a fuso-espirochetose responde ao tratamento arsenical e como a reacção de Wassermann pode coexistir com esta entidade morbida quando a syphilis é presente, mas com qualquer outra localisação — creem Pilot e Davis que muitos casos interpretados como de syphilis pulmonar sejam na verdade de fuso-espirochetose pulmonar. Hermann repete quasi que por inteiro a opinião de Pilot e Davis dizendo que em vista da possivel coexistencia nos casos de fuso-espirochetose pulmonar de uma reacção de Wassermann positiva pela presença de syphilis em outra localisação e como em taes casos as lesões pulmonares podem entrar em regressão durante o tratamento anti-luetico, talvez alguns casos registrados na literatura como sendo de syphilis pulmonar sejam na verdade de fuso-espirochetose com localisação pulmonar. Entretanto esta questão é muito mais complexa, visto a possivel coexistencia da fuso-espirochetose e da syphilis pulmonar.

Delamare e Gatti em 1931 em trabalho intitulado "Fuso-espirochetose et syphilis pleuro broncho pulmonaires" descrevem as lesões pulmonares encontradas na autopsia dum syphilitico tossidor chronico e que foi accometido de uma pleurisia encystada, fetida, fuso-espirochetosica do interlobo esquerdo (*). De outro lado, os cuidados hygienicos da bocca representam u'a medida prophylatica importantissima na prevenção das fuso-espirochetoses respiratorias estomatogenas. Passadas assim em revista as principaes noções sobre as fuso-espirochetoses pulmonares bordemos agora algumas considerações sobre a espirochetose dos tuberculosos pulmonares hemoptoicos.

(*) Este caso deu motivo a que Delamare e Gatti descrevessem uma lesão anatomo-pathologica particular que seria longo detalhar.

3.º) A questão da presença de espiroquetas nos escarros sangüinolentos complicou-se quando em 1925 Etchegoin e Bezançon descreveram a frequência com que encontraram nos escarros hemoptoicos um espiroqueta que para elles seria uma especie distincta dos espiroquetas banaes da bocca e portanto um espiroqueta especifico. Bezançon e Etchegoin encontraram em 14 vezes sobre 15 ou em 26 vezes sobre 27 nos escarros hemoptoicos de tuberculosos um espiroqueta *sêmelhante* ao *Treponema bronchiale* de Castellani. S nas hemoptyses tuberculosas tal achado foi positivo pois que elle resultou sempre negativo em outras hemoptyses, assim como nos escarros tuberculosos quando não hemoptoicos.

Por seus caracteres morphologicos o *Treponema* de Etchegoin e Bezançon seria uma especie intermediaria entre o *Treponema buccalis* e o *Treponema bronchiale*, mas tal espiroqueta não recebeu dos autores que o descreveram qualquer denominação. Abdon Lins denominou-o *Treponema Bezanconi* (Abdon Lins 1927). Este espiroqueta não representa entretanto nenhum papel etiologico, é desprovido de papel pathogenico e mesmo segundo autores que consideram a especie como valida, elle pode ser encontrado em hemoptyses de natureza outra que a tuberculosa. Vincent não acceta a especificidade da espiroqueta de Bezançon e Etchegoin e acredita que a mesma possa ser o proprio *Treponema Vincenti*.

Com caracteres morphologicos insufficientes para uma determinação especifica e na falta de outros caracteristicos, alem dos factos citados, não se pode realmente falar de uma espirochetose dos tuberculosos pulmonares hemoptoicos e sim com maior propriedade de estados morbidos que offerecem excellentes meios de cultura para os espiroquetas banaes da bocca que encontram nos escarros hemoptoicos optimo meio para o seu desenvolvimento.

A mesma explicação é legitima para os outros espiroquetas encontrados em hemoptyses de varias naturezas entre as quaes aquellas descobertas por Bertarelli e Volpino nas hemoptyses dos cardiacos (mitraes).

4.º) Sob a denominação de espirochetoses putridas do pulmão (Ashner e Lilienthal) ou de pneumopahias putridas espirochetosicas (L. Kindberg, Cattán, Addida) são estudadas as gangrenas pulmonares e os abscessos gangrenosos do pulmão causados por espiroquetas.

Na etiologia das gangrenas pulmonares ao lado dos anaerobios strictos postos em evidencia pelas pesquisas bacteriologicas de Veillon, Guillemot, Halle e Rist representam os espiroquetas sem duvida um papel de reconhecida importancia. Rosenthal fixa a percentagem de gangrenas pulmonares espirochetosicas em 1/15 dos casos. Segundo Olmer e Ismein na Norte America e na Allemanha esta porcentagem é mais elevada mormente para as gangrenas por inhação consecutivas á suppuração bucco-pharyngeas ou das vias respiratorias superiores. Os espiroquetas já em 1867 haviam sido assignalados por Leyden e Jaffe no escarro de doentes com bronchite putrida e gangrena pulmonar. Rona em 1905 registrou dois casos de

gangrena pulmonar com bacillos fusiformes e espiroquetas. Feldmann (1906) evidenciou espiroquetas nas margens da parede necrotica na gangrena pulmonar. Buday (1910) em cortes histologicos de 35 casos de gangrenas e abcessos pulmonares observou a associação de espiroquetas e bacillos fusiformes. Archein (1911) encontrou em 5 casos de gangrena pulmonar espiroquetas identicos áquelles encontrados em material dentario. Fishberg e Kline (1921) registaram 2 casos de gangrena pulmonar e Kline e Blankenhorn (1923) registarem mais quatro casos de gangrena pulmonar espirochetosica. J. Pilot e Davis (1924) em estudo anatomo clinico de 37 casos anatomo-pathologicamente classificados como abcessos simples ou multiplos, bronchopneumonia gangrenosa e gangrena diffusa puzeram em evidencia a importancia da symbiose fuso-espirillar mais microorganismos pyogenicos, em particular o estreptococos. Em 1926 Kline e Berger estudaram 16 casos de espirochetoses pulmonares ou pleuro pulmonares e concluem que a gangrena pulmonar é uma entidade clinica distincta. Ella aparentemente se desenvolve como o resultado da aspiração de espiroquetas e bacillos fusiformes da cavidade oral. A presença de espiroquetas associados aos bacillos fusiformes foi verificada nos estudos de Perrin, Nolf e Sphel. Multermilch e Seguin. Olga Bikowa em 16 dos 20 casos estudados de gangrena pulmonar encontrou espiroquetas no tecido pulmonar e em quasi todos achou os bacillos fusiformes. A partir de 1926 a questão das gangrenas pulmonares passou a suscitar entre os autores francezes fervorosas discussões que se fizeram sobretudo acerca da especificidade dos espiroquetas encontrados no escarro e no tecido pulmonar "necrosado e sobre a questão referente ao facto de ser na gangrena pulmonar a invasão dos espiroquetas primaria ou secundaria.

Em linhas geraes estas questões foram assim discutidas. Bezançon e Etchegoin descreveram em 1926 na gangrena pulmonar um espiroqueta que elles não denominaram e que pelos seus caracteres morphologicos, dizem elles, *parece o Treponema bronchiale* de Castellani, mas que por algumas de suas propriedades culturaes deve ser considerado como especifico. O facto deste espiroqueta coexistir muitas vezes (mas não constantemente) com os bacillos fusiformes não indica necessariamente que se trate da associação fuso-espirillar de Vincent, pois a symbiose com os bacillos fusiformes não é attributo exclusivo do *Treponema Vincenti*.

Para Bezançon e seus collaboradores Etchegoin, Cayla e Mlle. Scherrer, qualquer que seja a forma de gangrena pulmonar os espiroquetas representam um papel de importancia capital e são elles os agentes de ataque. O processo gangrenoso é devido á acção do espiroqueta e não é senão ulteriormente que vem se superajuntar os anaerobios (Bezançon). Sergeant pelo contrario considera nas gangrenas pulmonares os espirichetas como invasores secundarios, elles não são senão "les fourriers de l'infection" segundo a expressão do clinico francez. Lemierre, L. Kindberg, Lapporte e Addida, L. Kindberg, Cattan, Ad-

dida, inclinam-se de accordo com suas pesquisas clinicas anatomo-pathologicas e experimentaes a adoptar a opinião de Bezançon e seus collaboradores quanto ao papel dos espirochetas como agentes invasores mas accrescentam é a flora anaerobia que se superpõe que rege a evolução do processo pathologico e explica nestes casos a inefficacia quasi constante da therapeutica arsenical.

Quanto á determinação do espirocheta, L. Kindberg e seus collaboradores são muitos mais reservados que Bezançon e Etchegoin escrevendo que para a solução do problema torna-se necessario antes de tudo obter regularmente culturas puras de espirocheta, o que em suas mãos sempre fracassou. Elles aceitam como hypothese mais verosimel que na gangrena pulmonar haja uma infecção espirochetosica multipla e que nos casos estudados por Bezançon um destes espirochetas se apresentasse com uma predominancia quasi exclusiva.

Por sua vez, segundo Vincent, documentado pelas pesquisas de numerosos autores, a gangrena pulmonar está sob a dependencia de uma infecção polymicrobiana originalmente determinada pela associação fuso-espirillar. A esta infecção se superpõem muito rapidamente um grande numero de germens variados. Em summa a gangrena pulmonar muitas vezes não é senão uma das manifestações da fuso-espirochetose.

O facto de em muitos casos não serem encontrados senão os bacillos fusiformes não invalida o papel da associação fuso-espirochetosica pois que segundo suas proprias pesquisas (Vincent) e de outros autores isto mesmo acontece ás vezes em lesões indiscutivelmente devidas á associação fuso-espirillar (angina de Vincent, noma, gangrena nosocomial). Segundo Vincent o espirocheta descripta por Bezançon não é especifico da gangrena pulmonar e não é senão o *Treponema dentium* que pode ser encontrado, aliás como os outros espirochetas banaes da bocca nos casos de gangrena pulmonar, associado ao *Treponema Vincenti* e bacillos fusiformes.

A gangrena pulmonar deve então entrar para o quadro das fuso-espirochetoses pulmonares (Pilot — Davis, Kline e Berger, Smith e Rusk, Vincent, Smith e outros).

Zinserling, citado por Boccia e Rizzo, em um trabalho julgado pelos referidos autores como muito prolixo, encontrou constantemente a associação fuso-espirillar no interior dos tecidos da collecção purulenta até nas partes longinquas das zonas necroticas e deduz que esta associação representa o elemento etiologico determinante do processo. E' esta ultima, segundo Serio, a opinião predominante e de maior acceitação na actualidade.

Os dados experimentaes vêm a favor da inclusão da gangrena pulmonar entre as fuso-espirochetoses pulmonares.

Smith em experiencias relatadas em 1930, tendo conseguido culturas puras de material obido de casos humanos de angina de Vincent obteve no camondongo, cobaia e coelho pela injectão destas culturas lesões comparaveis ás humanas.

Em 10 coelhos inoculados por via intra-pleural, Smith obteve em 4 animaes o quadro de um abcesso pulmonar, em 2 outros um quadro de pneumonia, em 3 animaes o resultado foi a gangrena pulmonar e no ultimo animal produziu-se uma bronchiectasia.

No material obtido das anginas o *Treponema Vincenti* e os bacillos fusiformes eram em numero muito maior do que os dous outros espiroquetas tambem identificados (*T. microdentium*, *T. macrodentium*).

As culturas puras de *Treponema microdentium* e de bacillos fusiformes injectados juntas em cobaia e camondongos não produziram lesão alguma em qualquer dos animaes.

Destas experiencias conclue Smith que a fuso-espirochetose pulmonar é causada pelos agentes communmente encontrados na angina de Vincent e que as lesões pulmonares são o resultado da symbiose fuso-espirillar mais coccus.

Este trabalho de Smith confirma as pesquisas anteriores de Pilot e Davis segundo as quaes para a produção de lesões putridas é necessario que aos espiroquetas e bacillos fusiformes se ajuntem os microorganismo pyogenicos em particular os coccus.

As pesquisas de Sanarelli vieram pôr a questão da presença de espiroquetas e bacillos fusiformes sobre um outro aspecto aliás bem interessante. Cultivando os espiroquetas sobre "meios catalysadores" (fragmentos de orgams no fundo de um tubo de gelose) Sanarelli obtem culturas muito ricas e chega a esta conclusão: que os espiroquetas intestinaes, os da angina, os espiroquetas buccaes e pulmonares não podem ser distinctos uns dos outros.

A addicção de *Bacillos mesentericus vulgaris* nas culturas em caldo favorece o desenvolvimento do espiroqueta, que se transforma, no fim de alguns dias em bacillos fusiformes. A repicagem destes bacillos fusiformes fornece de novo espiroquetas. Sanarelli observou pelo estudo em campo escuro as phases desta transformação. A forma em fuso seria devida a uma torsão do filamento bacteriano ao longo do eixo. Os bacillos fusiformes não seriam então senão espiroquetas transformados, tendo perdido a "propriedade de effectuar uma rotação helicoidal em volta de seu eixo". Elle propoz em consequencia disso denominar-se as duas formas microbianas dum só e mesmo nome *Heliconema Vincenti*. O espiroqueta da bronchite sanguinolenta (*T. bronchiale* Castellani 1907) e o espiroqueta da gangrena pulmonar não formariam especies distinctas mas pertenceriam ao mesmo typo fuso-espirillar.

Estas experiencias de Sanarelli parece fornecer explicações a muitos factos que se conhece sobre a associação fuso-espirillar. Assim ás influencias directamente ligadas á questão do meio se deverá ligar a repartição respectiva por vezes desigual e variavel do *B. fusiformis* e da *T. Vincenti* nas lesões anatomicas. Assim emquanto os *B. fusiformis* occupam o centro da lesão nos casos de gangrena pulmonar (zona polymicrobiana) os espiroquetas são encontrados por assim dizer

em cultura pura na zona chamada de "pureza bacteriologica relativa" de Guillemot que é a zona peripherica das cavernas (das zonas de necrose).

Talvez ainda esta explicação seja razoavel para os casos em que o exame de escarro não põe a descoberto os bacillos fusiformes e o exame dos fragmentos pulmonares recelam-no em associação com os espiroquetas.

Aliás tambem em outras lesões ocasionadas pelos elementos fuso-espirochetosicos (angina, noma, podridão do hospital) é observada a mesma distribuição central para os bacillos fusiformes e peripherica para os espiroquetas.

Eis como Sanarelli explica que os bacillos fusiformes não são senão o resultado duma transformação morphologica dos espiroquetas e o porque da sua distribuição nas lesões ora sob o aspecto fusiforme ora sob a forma espiralada.

"Evidentemente esta mutação tem lugar sob a influencia exercida por productos do metabolismo de germens banaes simultaneamente presentes. Sendo dado que esses microbios não faltam nunca, sobretudo nas camadas as mais externas e superficiaes por ocasião de processos putridos, ulcerosos, necroticos, etc. onde se constata a existencia da pretensa symbiose fuso-espirochetosica, comprehende-se facilmente de que maneira os espiroquetas podem apresentar o aspecto de bacillos fusiformes. Estas pretensas symbioses se encontram exclusivamente nos processos morbidos que estão em contacto com o meio exterior mais ou menos contaminado. Comprehende-se então porque, no exame histologico dos tecidos tomados de necrose, de processos ulcerosos, etc. e nos quaes se implantou a associação fuso-espirillar, a maior parte das formas em fuso são encontradas nas camadas superficiaes, quer dizer externas onde pululam ao mesmo tempo muitas outras especies microbianas. E ao contrario se explica tambem porque, nas zonas profundas que tocam aos limites dos tecidos sãos, quer dizer que estão longe da flora microbiana da superficie, encontra-se os espiroquetas sós e quasi em estado de pureza".

Estas pesquisas de Sanarelli foram repetidas por varios autores. L. Kindberg, Cattani e Addida verificaram por meio de culturas que bacillos fusiformes assumiam formas espiraladas, em virgula, lembrando os espiroquetas mas creem que não podem senão com reservas admitir a transformação affirmada por Sanarelli.

Entretanto segundo E. Pellegrini as pesquisas de Favilli, Alessandrini, Pampana e Verroni confirmaram plenamente as conclusões de Sanarelli.

Enrico Pellegrini tambem confirmou as pesquisas de Sanarelli estudando material de casos de otite fuso-espirochetosica. Elle conclue que a associação fuso espirillar (*Heliconema Vincenti*) não traduz senão aspectos morphologicos diversos de um unico germem. Já a esta conclusão havia chegado por outra via Von Harrell affirmando que as opiniões acceitas sustentam a theoria que o bacillo fusi-

formis e o espirocheta são formas diferentes no cyclo evolutivo do mesmo microorganismo.

Do modo pelo qual expuzemos o assumpto podemos concluir que:

Muito simplificado ficará o problema etiologico das gangrenas pulmonares e abcessos gangrenosos do pulmão si as pesquisas de Sarnarelli vierem a ser confirmadas como parece resultar das ultimas investigações levadas a cabo.

Estado actual da questão:

Qual é então o estado actual dos nossos conhecimentos sobre as espirochetoses pulmonares? De accordo com as considerações feitas até aqui, vimos que a espirochetose dos tuberculosos pulmonares hemoptoicos não pode prevalecer como uma entidade morbida distincta e que os abcessos gangrenosos do pulmão e as gangrenas pulmonares causadas por espirochetas se integram entre as manifestações morbidas da fuso-espirochetose pulmonar porque não reconhecem na sua etiologia a existencia de um espirocheta caracteristico, especifico. Resta-nos então encarar agora o grau de parentesco mantido entre a espirochetose hemorrhagica broncho-pulmonar de Castellani e a fuso-espirochetose respiratoria. Correspondem as duas infecções espirochetosicas do aparelho respiratorio a duas entidades morbidas distinctas? Ou é a primeira dellas apenas a expressão symptomatica da segunda?

E neste caso, é a espirochetose-broncho-pulmonar de Castellani apenas uma forma particular, hemorrhagica ocasionada pelos mesmos agentes etiologicos que determinam segundo as circumstancias, a fuso-espirochetose respiratoria de caracter suppurativo e putrido?

Ou ainda, é a espirochetose hemorrhagica broncho-pulmonar de Castellani uma entidade morbida distincta da fuso-espirochetose com localisações no aparelho respiratorio desde que se lhe retire do seu quadro clinico certas formas que observações inadequadas fizeram abranger?

Taes são as questões referentes ás relações entre a espirochetose hemorrhagica broncho-pulmonar de Castellani e a infecção fuso-espirochetosica do aparelho respiratorio. A resolução de todo problema gira em torno da caracterisação e especificidade do *Treponema bronchiale* (Castellani 1907) incriminado como agente causal da molestia descripta pela primeira vez por Castellani em 1905.

Aquelles que acceitam a espirochetose hemorrhagica broncho-pulmonar como uma entidade distincta e perfeitamente caracterisavel fundamentam-se principalmente na especificidade de *T. bronchiale* que sobretudo os estudos de Fantham mostraram ser um espirocheta distincto daquelles habitualmente encontrados na cavidade buccal (*T. buccale*, *T. dentium*) porque: a) são polymorphos exhibindo-se sob tres formas principaes: curtas, longas e intermediarias.

b) são espiroquetas excessivamente moveis ao exame em campo escuro.

c) sua vitalidade fóra do escarro é maior que a dos outros espiroquetas buccaes.

d) suas propriedades tintoriaes são tambem differentes pois se coram com mais difficuldade.

e) elles podem associar-se aos bacillos fusiformes, caracter que não é attributo exclusivo do *Treponema Vincenti*. Além destes caracteristicos morphologicos os defensores da individualisação da espirochetose broncho-pulmonar de Castellani como uma entidade clinica distincta se fundamentam na obtenção experimental do mesmo quadro clinico que aquelle observado no homem.

Esta comprovação experimental teria sido obtida por Chalmers e O'Farrell que conseguiram reproduzir a molestia num macaco (submettido a um resfriamento) em que injectaram intra-trachealmente os escarros de doentes.

De outro lado, aquelles que se oppõem á individualisação clinica e bacteriologica da molestia estudada no Ceylão por Castellani asseveram que os estudos de Fantham merecem confirmação (Manson Bahr), que é difficil julgar se os espiroquetas da bocca formam especies distinctas, pois devido a suas multiplas variações de tamanho, mesmo ao exame em campo escuro, não se pode saber quando uma especie termina e outra começa (Wenyon) e, como os espiroquetas que apparecem no escarro em certos processos inflammatorios do pulmão parecem-se muito estreitamente com varias especies de espiroquetas que existem na bocca, é impossivel distinguir o *Treponema bronchiale* das outras formas oraes (*T. dentium*, *T. buccale*, *T. medium*) (Wenyon).

Ainda mais, contra a especificidade do *Treponema bronchiale* estariam as opiniões do proprio Castellani, de Galli Valerio e de Netter, segundo os quaes a espirochetose bronchica é o resultado da acção pathogenica de microorganismos que vivem habitualmente em estado saprophytico na bocca.

Por sua vez é o proprio Fantham quem affirma que estudos mais completos possam fazer confundir numa unica especie o *Treponema bronchiale* e o *Treponema Vincenti*.

Portanto, se o polymorphismo antes de ser um caracteristico do *T. bronchiale*, é um attributo commum aos varios elementos espiralados da bocca, se os movimentos no campo escuro não o differencia, como mostrou Kermorgant pela filmagem de diversas raças de espiroquetas, se os caracteres tintoriaes não são elementos seguros de determinação especifica, se os indices espirochetometricos são impotentes, segundo Delamare, para estabelecer a autonomia do *T. bronchiale* (Castellani 1907), e portanto se a individualidade do *T. bronchiale* não encontra uma confirmação mais real no seu indice morphologico do que nos seus outros caracteres (mobilidade, dimensões, espessura, morphologia) como assegura Vincent, o problema só poderá ser resolvido quando estes espiroquetas fôram iso-

lados por meio de culturas puras ou por constantes resultados experimentaes.

Ora, como a obtenção de culturas puras e os resultados experimentaes constantes têm fracassado até agora, na pratica o problema permanece o mesmo, dividindo-se as opiniões entre as seguintes.

1.º) aquellas que negam qualquer papel pathogenico aos espirochetas buccaes e ao *Treponema bronchiale*, cuja especificidade estaria ainda por demonstrar. A esta opinião se filiam Wenyon e Manson Bahr. O primeiro pensa que os casos de espirochetose bronchica apenas demonstram que os espirochetas são mais communmente presentes nos bronchios do que se suppunha, mas não provam que a molestia seja o resultado de acção pathogenica dos espirochetas.

Manson Bahr observou dous casos que apresentavam espirochetas na expectoração; mais tarde verificou-se que um delles era um caso de abcesso pulmonar amebiano consecutivo a um abcesso hepatico da mesma natureza; o outro era o caso de um tumor que invadia o pulmão direito (com signaes de pleurisia e escarros hemoptoicos). Este autor commenta então essas observações dizendo:

"Enough has been said to demonstrate the danger of accepting the diagnosis however sensational of *bronchial spirochaetosis* based upon the demonstration of spirochaete, in the sputum."

A opinião dos estudiosos allemães foi exposta num artigo de Mulhens (1920) (citado por Moise W. Levy), no qual o autor mostra ser em numero diminuto as referencias encontradas sobre o assumpto na literatura allemã, o que prova que os pahologistas germanicos consideram o *Treponema bronchiale* como de pequena importancia. A opinião formulada por Mulhens é tambem que a espirochetose bronchial não deve ser reconhecida como uma molestia tropical especifica.

2.º) A estas opiniões se oppõem áquellas que consideram o papel pathogenico de espirochetas e fazem destes os agentes de uma molestia clinicamente definida. Dentro destas ultimas opiniões então dois grupos se formam:

o daquelles que consideram o *Treponema bronchiale* como uma especie valida; e o daquelles outros autores que identificam o espirocheta pathogenico para o aparelho respiratorio como sendo *T. Vincenti*.

Os adeptos do 1.º grupo aceitam as pesquisas de Fantham, Chalmers O'Farrell e os indices morphologicos de Froilano Mello e Andrade e descrevem então a espirochetose hemorragica broncho-pulmonar como uma molestia propria com um agente causal especifico e com o quadro pathologico que resumimos na primeira parte deste nosso trabalho. (Fantham, Chalmers O'Farrell, Froilano Mello e Andrade, Faust, Houghton, Harper, Macfie, Taylor, Violle, Mironesco, Capriglione e outros).

A presença na expectoração dos bacillos fusiformes apenas indica para elles tratar-se de uma forma combinada da molestia e no

entretanto para os adeptos do segundo grupo essa associação é um dos facos que cooperam para fazer da molestia de Castellani uma manifestação da fuso-espirochetose pulmonar.

Leopold Robert, que defende este ponto de vista, afirma claramente: "Emfim a presença constante, nos nossos 11 casos de bacillos fusiformes, ao lado do espiroqueta, junta a identidade morfológica absoluta do *Sp. bronchialis* e do *Sp. Vincent*, é um bem solido argumento em favor da pathogenicidade da symbiose fuso-espirillar na bronchite sanguinolenta de Castellani e da necessidade de identificar a *Sp. bronchialis* Castellani Fanthan ao *Sp. Vincent* Blanchard 1906".

Não menos incisivos a este proposito são J. Baur e Codvelle para quem "é preciso revêr a questão da broncho-espirochetose e que se a deva enfileirar no quadro das infecções devidas á associação bacteriológicamente e clinicamente descripta por H. Vincent".

Vincent e Delamare defendem o mesmo ponto de vista.

Smith tambem inclúe a bronchite sanguinolenta entre as infecções ocasionadas pela associação fuso-espirillar. Esta, entretanto, não é constituida somente pela associação de um bacillo fusiforme e de um typo de espiroqueta mas, como aliás haviam mostrado os trabalhos de Comadon, é uma associação bem mais complexa, pois que constantemente encontra-se ao lado de duas especies diferentes de bacillos fusiformes, varias especies de *Treponemas*. (*T. microdentium*, *T. macródentium*, *T. Vincenti*, *T. bronchiale*), além de numerosos coccus.

Entre estas opiniões extremas, emfim, colloca-se o modo de vêr de Salomon, Pilot e Davis e que parece mais consentaneo com os nossos conhecimentos actuaes sobre o assumpto. Estes autores advogam um ponto de vista intermediario, destituído do exclusivismo das idéas até aqui relatadas.

Salomon diz que apesar das numerosas analogias não se pode admittir de modo absoluto a identidade do *Treponema bronchiale* Castellani e do *Treponema Vincenti* e alem disso clinicamente os dois agentes não determinam syndromes semelhantes; e, como as lesões anatomicas tambem differem consideravelmente num e noutro caso, deve-se reconhecer as duas entidades morbidas como sendo distinctas uma da outra.

Pilot e Davis são mais precisos ainda, pois que reconhecem a bronchite sanguinolenta de Castellani como uma entidade clinica, mas de caracter exotico e de tendencia sobretudo hemorrhagica. Das formas chronicas da molestia, entretanto, devem ser retiradas aquellas que se manifestassem por uma franca tendencia para a necrose, supuração, gangrena. Estas devem passar a pertencer a fuso-espirochetose pulmonar.

Segundo Pilot e Davis, ao lado de uma broncho-espirochetose de Castellani, deve haver uma fuso-espirochetose pulmonar de Vincent.

São estas em linhas geraes as concepções actuaes das espirochetoses respiratorias. Muitos pontos persistem, como vimos, ainda insolúveis. E, como a base de toda discussão é a determinação específica (valida ou não) do *Treponema branchiale* (Castellani 1907) a questão continua aberta.

A diferenciação destes espiroquetas não poderá ter bases scientificas, senão quando se tiver obtido culturas puras permittindo praticar reacções específicas e demonstrar a acção pathogenica para os animais (Schlossmann).

Talvez ás experiencias de Sanarelli, a que já nos referimos, estejam reservadas, por outra via, solucionar de vez todas as disputas theoricas e doutrinaes existentes sobre as espirochetoses respiratorias. As confirmações que ellas têm tido até agora permittem confiar no seu acerto.

C) *Relação do caso.*

I. OBSERVAÇÃO CLINICA

Em 2 de fevereiro deste anno deu entrada na 2.^a M.H. (serviço do Prof. Rubião Meira) o individuo A.B. brasileiro, branco, casado, de 40 annos de idade, lavrador, indo occupar o leito n.º 27 e ficando sob os cuidados do Dr. José Barboza Corrêa, assistente daquelle serviço e a quem devemos a gentileza de nos ter permittido estudar este caso, facilitando-nos tambem a obtenção de pormenores da historia clinica do paciente. Ao entrar na enfermaria referiu A.B. como "queixa principal": Diversos incommodos (sic), a saber: Difficuldade em engulir, necessitando deglutir ar para que os alimentos desçam até o estomago. Se ingerir agua após as refeições, vomita o que havia comido. Estes padecimentos datam de 8 a 10 annos. Ultimamente, ha 20 dias, teve, segundo diagnostico medico, um pleuriz que arrebentou e foi aos pulmões (sic). Principalmente por causa dos incommodos de peito (sic) é que resolveu entrar na Santa Casa.

Contando-nos com muita clareza, precisão e riqueza de minucias a H.P.M.A. refere A.B. que sempre fôra muito sujeito a resfriados (sic) e que ha 10 annos mais ou menos após, um destes resfriados, deitou-se com o peito de encontro a um chão acimentado muito frio. Attribue a isto o facto de no dia seguinte começar a ter arrotos (sic) que de maneira frequente embora com intervallos de alguns dias se repetiram durante dois mezes consecutivos. Assim, durante dois mezes tinha eructação frequente, varias vezes por dia tanto após as refeições como afastada destas. Depois desse tempo juntamente com a eructação, no que até então resumiam todos seus symptomas, começou A.B. a notar certa difficuldade na deglutição. Esta difficuldade se manifestou para qualquer alimento indistinctamente e fosse elle solido ou liquido. Tinha a impressão de ser difficil a passagem dos alimentos do ponto correspondente á altura da metade do esterno para baixo. A principio, como para os arrotos, estas sensações não se repetiam diariamente, passando dias sem nada sentir durante a deglutição. Tambem no inicio de sua molestia conseguia desfazer esta impressão com algumas manobras, como o levantar-se assim que começava a sentir que a comida ia entalar. Com o correr do tempo entretanto estas perturbações foram se accentuando e era muito mais frequentemente que os alimentos paravam antes de chegar no estomago (sic). Tambem a simples manobra que até então realisava não mais conseguia surtir o effeito desejado. Para conseguir corrigir as difficuldades de deglutição passou então a engulir ar.

Com certos alimentos, e principalmente segundo a forma de sua preparação, surgiam de preferencia as difficuldades para engulir e estas eram mais ou menos promptamente resolvidas com as manobras adoptadas e já citadas. Assim, emquan-

to a ingestão de arroz e de feijão era logo seguida de obstáculo ao livre trânsito alimentar, quando ingeria carne de gallinha preparada de certo modo, a deglutição se realisava com mais facilidade. O mesmo succedia com os liquidos; enquanto para ingerir agua era preciso deglutir ar, quando bebia agua quente esta era ingerida facilmente. A ingestão de sorvetes tambem se fazia normalmente. Em geral, alimentava-se pouco, mas, como assim procedendo os alimentos não tinham força para chegar ao estomago (sic), tinha necessidade depois de augmentar a quantidade de comida para que esta fizesse pressão sobre os outros alimentos e estes chegassem ao estomago (sic.) Com o decorrer do tempo nenhuma dessas medidas conseguia fazer o bolo alimentar descer e por isso o doente passou a recorrer ao "vomito" provocado. Punha o dedo na garganta e forçava a regurgitação dos alimentos. Esta, logo nas primeiras vezes em que foi provocada consistia numa colla (sic) que vinha de mistura com os alimentos ingeridos. Quando, por essa epoca, no fim das refeições, bebia agua, ficava anciado e se o liquido não conseguia levar os alimentos para deante era preciso pôr os dedos na garganta para se alliviar. A agua regoitada vinha então de mistura com os alimentos e com a colla, um catarrho ralo muito viscoso fazendo fios muito compridos (sic).

Cerca de 3 a 4 annos após o inicio de sua molestia, começou a sentir queimação na bocca do estomago (sic), sensação que era alliviada pela eructação provocada. Até hoje sente essa queimação. Actualmente tem arroto choco (sic), que, conforme diz, parece não vir do estomago e que só apparece quando o alimento está parado atraz do externo. Depois que se intensificaram as perturbações da deglutição nunca mais passou temporadas sem ellas. No maximo consegue passar um dia sem difficuldade de engulir, e para isto é preciso alimentar-se com comidas que não sabe especificar e que só qualifica de frescas (sic).

Logo que se alimenta levanta-se e, de ha muito, toma as suas refeições de pé para facilitar a deglutição, procurando, como já dissemos, ingerir por fim muito ar, pretendendo assim facultar a descida dos alimentos. Depois que estes padecimentos se exacerbaram, precisa provocar a regurgitação dos alimentos para conseguir dormir, porque se assim não fizer não consegue conciliar o somno senão difficilmente; e tambem para evitar que a regurgitação se dê enquanto está dormindo, pois já tem acontecido encontrar no dia seguinte as roupas de cama sujas com os alimentos regorgitados. No liquido de regorgitação nunca reconheceu a presença de sangue. Quanto ao appetite diz A.B. ter muito, mas que, por causa de sua molestia, não pode comer. Diz que apesar desta molestia não emmagreceu, conservando sempre seu peso natural (sic). Ha cerca de 20 annos sofre de prisão de ventre, que dura até hoje, necessitando o uso continuo de laxativos para evacuar, sem o que não exonera os intestinos durante 6 a 7 dias. Suas fezes são reseccadas, em pelotas. Nunca notou catarrho nas fezes. Observou uma unica vez sangue em forma de estrias, o que aconteceu durante um periodo em que sentia muito "calor" nos intestinos. Nunca mais tornou a notar sangue nas evacuações. Nunca teve diarrhéa. Quando tem constipação de ventre sente uma dôr nas costas, na linha mediana, ao nivel das ultimas vertebrae dorsaes, dôr forte e que se irradia para cima. Esta dôr desaparece após a defecação.

Quanto a H.M.A. — relata A.B. que ha cerca de 25 dias atraz em. 6 de janeiro deste anno, passou o dia resfriado, indisposto, com molles no corpo, e que na noite de 8 daquelle mez estava deitado, dormindo, quando accordou com uma dôr ao nivel do rebordo costal direito; que esta dôr era forte, continua, como pontadas, e irradiava-se para baixo do mamillo direito e para o hombro do mesmo lado. Sentiu-se febril, com arrepios de frio e com falta de ar. Escarrou pela primeira e unica vez do decurso de sua molestia uma pequena quantidade de sangue que veio de mistura com muito catarrho e foi precedido por um accesso de tosse. Assim ficou dois dias; a dôr era exacerbada pela respiração profunda-e augmentava tambem com o decubito lateral direito. Passou então a ter tosse frequente que, quando sobrevinha, exacerbava a dôr thoracica. A tosse era acompanhada de expectoração amarella creme, inodora e em pequena quantidade. Conta A.B. que ja vinha tossindo pouco e escarrando ha 5 meses, sendo a expectoração sempre em pequena quantidade, de côr amarella e sem cheiro. Procurou um-medico que lhe disse tratar-se de pleuriz (sic) e que lhe applicou cataplasmas. Para sentir-se alliviado da tosse era preciso sentar-se recostado, ou ficar de pé. Quatro

dias mais tarde sentiu fortes arrepios de frio, a dôr no peito se intensificou e expectorou grande quantidade de escarro. A partir de então passou a escarrar muito, cerca de um litro por dia sendo a expectoração de cor creme, com muito mau cheiro e passou a sentir o halito fétido. O medico consultado receitou-lhe "Cacitol" e "Calcinjectol". A' noite tinha suores abundantes. Calcula ter emmagrecido um kilo e meio, nestes ultimos vinte cinco dias. Como não melhorasse com o tratamento indicado e como continuasse a sentir-se fraco, com febre, tosse e escarrando muito (em media cerca de 3 calices de 60 grammas por dia) com mau cheiro, resolveu internar-se na Santa Casa, o que fez, como dissemos, ha vinte cinco dias mais ou menos, depois de apparecimento destes symptomas.

Antecedentes pessoais: Das molestias peculiares á infancia refere sarampo e catapora que evoluíram sem complicações. Sempre gosou saúde, com boa disposição para o trabalho, alimentando-se e dormindo bem até, como já assignalado, ha 10 annos passados, de quando datam suas primeiras queixas. Não faz uso de bebidas alcoolicas. Não fuma. Toma cerca de um litro de café por dia. Nega antecedentes venereo-syphiliticos. Nega ter tido affecções pulmonares salvo os "resfriados" a que sempre foi sujeito, mas que eram sempre passageiros.

Antecedentes familiares: Paes vivos e sadios. Tem 7 irmãos, todos vivos e gosando saúde. Sua mãe teve diversos abortos. Sua mulher é forte e seus dois unicos filhos são sadios. Na sua familia ninguem soffre de molestia parecida com a sua.

Interrogatorio sobre os apparelhos: Cephaléa-occasionalmente. Para o lado dos olhos, nariz, ouvidos e garganta de nada se queixa.

App. cardio respiratorio — Vide anamnese. Nega palpitações, tachycardia, edemas. Interrogado, nega ter tido, durante seu somno, bruscos accessos de tosse seguidos de vomitos, que suggerissem a idéa de que particulas alimentares pudessem ter penetrado nas vias respiratorias. Nunca teve falta de ar, a não ser ha 25 dias passados. Dorme bem, desde que se deite após ter se realisado a regor-gitação esophageana.

Gastro-intestinal. — Vide anamnese. *Genito-urinario.* — Urina bem. Sem dôr. *Systema nervoso.* — De nada se queixa.

Exame physico. Peso : 48,7 Kg. Temperatura no momento do exame... 37.^o (vide curva thermica annexa).

Exame geral. Indivíduo de côr branca, apparentando a idade que tem. Aspecto geral regular. Facies não caracteristica. Longelineo.

Pelle humida apresentando cicatrizes na face posterior do antebraço esquerdo. Labios ressecados e gretados. Mucosas visiveis regularmente coradas. Olhos enco-vados. Paniculo adiposo escasso. Systema osseo e muscular sem particularidades. Marcha normal. Systema ganglionar : ganglios epitrochleanos, cervicaes não palpaveis ; ganglios inguinaes palpaveis, duros, grandes, indolores, moveis. Não ha signaes de circulação collateral.

Exame especial. Cabeça, craneo : dolichocephalo, symetrico, sem exostoses nem pontos dolorosos. Olhos com pupillas iguaes, de contornos regulares ; conjunctivas regularmente coradas ; verifica-se pterygio em ambos os olhos. Reflexos de accommodação, á luz, consensual, presentes e normaes. Ouvidos e nariz : nada de anormal.

Bocca : labios gretados, mucosa das bochechas humidas e coradas. Dentes mal conservados, com falhas e na sua maior parte cariados. Lingua sem particularidades. Garganta e amygdalas de aspecto normal.

Pescoço : Não se observam as pulsações dos vasos do pescoço ; a aorta não é palpavel na furcula esternal. Não ha Oliver-Cardarelli. Thyroide não palpavel.

Thorax — Inspecção estatica : Symetrico. Fossas supras claviculares excavadas, sendo que á direita mais que á esquerda. Fossas infraclaviculares deprimidas sendo a direita mais que a esquerda. Angulo de Louís saliente. Massas dos peitoraes regularmente desenvolvidas — sulcos de Gibson visiveis em ambos os lados. Mammilo direito mais baixo que o esquerdo. Espaços intercostaes apenas visiveis nas bases. Na região do hypochondrio direito nota-se uma descamação produzida por um emplastro. Angulo de Charpy agudo. Face posterior : columna

sem desvios. Omoplata direita mais baixa e, mais afastada da linha espondylea do que á esquerda. Fossas supra e infra espinhosas excavadas. Abaulamento da base direita. Inspecção dynamica: Typo respiratorio abdominal. Expansibilidade do apice e das bases pulmonares iguaes. Phenomeno de Litten presente á direita, não foi observado á esquerda. Signal de Lemos Torres ausente de ambos os lados. Palpação: não se desperta pela palpação nenhum ponto doloroso thoracico.

As relações topographicas do fremito thoraco-vocal podem ser representads proporcionalmente da seguinte maneira:

ESQUERDA — DIREITA		ESQUERDA — DIREITA		ESQUERDA — DIREITA	
2,5	3	1	1	1	2
2	2	0,5	0,5		
1	1				
Face posterior		Faces laterais		Face anterior	

Percussão. A percussão da face posterior do thorax revela: Submassicez do apice direito até a altura da espinha do omoplata. Sub-massicez da base direita a começar do angulo inferior do omoplata. Pela percussão comparada dos espaços inter-escapulo-vertebraes temos: á percussão leve, ligeira differença, sendo a nota percussoria á direita ligeiramente sub-massica. Pela percussão forte, a differença é nitida entre um lado e outro, sendo francamente massico o espaço inter-escapulo-vertebral direito. A percussão das faces thoracicas anterior e lateraes revela, como factos dignos de nota, respectivamente: submassicez da clavicula direita e das fossas supra e infraclaviculares do mesmo lado; submassicez do cavum axillar direito.

Ausculta. Respiração rude no apice esquerdo. Respiração soprosa e estertores subcrepitanes de pequenas bolhas no apice direito. Respiração soprosa e estertores na base direita. Na fossa infraclavicular ouve-se tambem alguns estertores subcrepitanes de pequenas bolhas. A ausculta da voz não revela nem bronchophonia, nem pectoriloquia aphonica.

O Drdo. Gabriel Botelho, que praticou com cuidado a exploração do esophago, nos informou, em relação ao exame physico, que fazendo o paciente ingerir a mistura gazogena notou um desaparecimento da zona de submassicez do espaço interescapulo-vertebral direito, que se torna então tympanico. Em seguida, com a ingestão de liquidos verificou o Drdo. G. Botelho que o referido espaço tornava-se massico sem contudo ser possivel delimitar a area de massicez, porque a permanencia de liquidos na cavidade esophagiana era muito pequena, não conseguindo o doente retel-os por tempo sufficiente. Fazendo a ausculta durante a deglutição de um gole de agua, encontramos, informou-nos ainda o Drdo. G. Botelho, a substituição do segundo ruido da deglutição pelo ruido de queda de Westphall.

A succussão esophageana tambem foi obtida logo depois, seguida de vasculo-gastrico.

Coração. O choque da ponta não é visivel mas é palpavel no 5.º espaço intercostal ao nivel da linha mammilar. E' pouco impulsivo, occupando uma area de 1cm2. Na ponta do coração palpa-se um fremito systolico. Pela percussão a area cardiaca não se mostra augmentada. Ausculta: Sopros systolico no foco mitral com hyperphonese da 2.ª bulha. Nos demais focos as bulhas são audiveis com os seus caracteres normaes.

Pulso radial rythmico, isochrono, batendo 70 vezes por minuto; paredes arteriaes ligeiramente endurecidas.

Pressão arterial: Mn 110 — Mn 60 (Typos — methodo auscultatorio).

Abdomen. Ligeiramente deprimido, não se notando contracções peristalticas. Ausencia de pontos dolorosos, quer pela palpação superficial, quer pela palpação profunda. Não se verifica massicez movel nem sensação de onda. Fígado — limite superior no 5.º espaço intercostal na linha mammilar. O bordo inferior, do figado não ultrapassa o rebordo costal. Baço: não é palpavel. Palpa-se o ceco que é doloroso. Os segmentos transverso e descendente do colon são palpaveis

mas indolores. Na fossa iliaca esquerda o colon sigmoide se apresenta á palpação grosso e levemente doloroso.

Sistema nervoso. Reflexos bicipital, tricipital, olecraneano, presentes e normaes. Reflexos patellares e achilianos presentes e normaes. Signal de Babinsky negativo. Reflexos cutaneos abdominaes presentes e normaes. Reflexos cremasterinos — igualmente presentes e normaes.

II Exames de laboratorio. Exame de escarro: Material de cheiro fétido, amarello claro, com grumos de pús e serosidade. Sua quantidade, que oscillou nos primeiros dias desta observação entre 300 e 500 cc., não poudeser medida por muitos dias consecutivos, porque o doente, de mistura com a expectoração, eliminava muito material de regurgitação esophagiana. Fazendo depositar entretanto o material obtido de uma das vezes em que só a expectoração era eliminada, observou-se que a sedimentação se fazia em 3 camadas caracteristicas: a inferior purulenta, a media serosa e a superior espumosa.

A pesquisa de bacillos de Koch foi repetidas vezes negativa mesmo após a homogeneisação do escarro.

Em 21-2-34, dezenove dias após a hospitalisação de A.B., por occasião de um novo exame de escarro para pesquisa dos bacillos de Koch, foram corados alguns esfregaços pelo Ziehl e outros impregnados pelo methodo de Fontana-Tribondeau. Nestes preparados que foram por nós cuidadosamente estudados conseguimos pôr em evidencia numerosos espirochetas com os caracteres adeante assignalados e, nas laminas coradas pelo Ziehl não só espirochetas como tambem grande numero de bacillos fusiformes. Estes ultimos se apresentam com os seus caracteres habituaes sendo de tamanhos varios. Os espirochetas se apresentavam como elementos polymorphos, medindo em comprimento de 5-16,8 μ sendo que 70% dos espirochetas medidos tinham 10-12 μ de comprimento; suas espessuras oscillaram entre 0,2 e 0,6 μ e o numero de espiras era de 2 a 6, sendo o passo das espiras comprehendido entre 1,8 μ e 3,3 μ em media 2,6 μ . Em conclusão: Associação fuso-espirillar de Vincent.

Em 27-3-34, já no decurso do tratamento arsenical, repetimos o exame de escarro, tendo sido mais uma vez infructifera a pesquisa dos bacillos de Koch, e procedemos a verificação dos espirochetas e bacillos fusiformes.

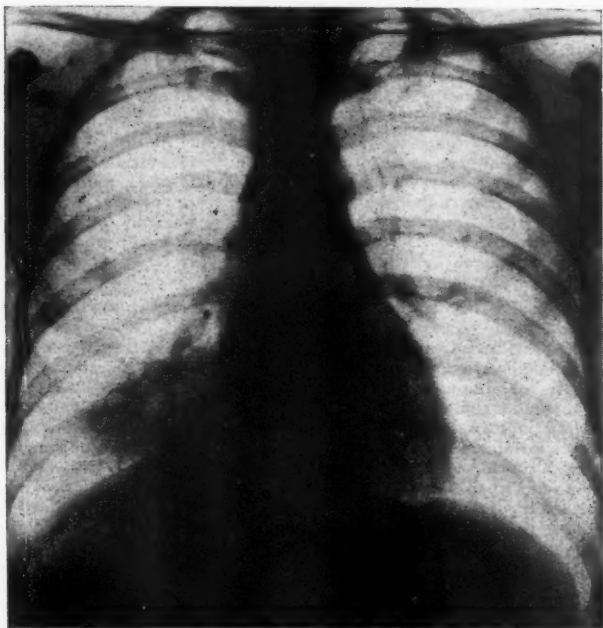
Após lavagem cuidadosa da bocca e gargarejo com agua iodada, fizemos o doente escarrar numa placa de Petri esterillisada. O escarro, agora em pequena quantidade, inodoro, de coloração amarella, era fortemente adherente ao recipiente.

Após lavar o escarro em solução physiologica esterilisada fizemos algumas preparações que foram umas coradas pelo Giemsa e outras submettidas ao processo de Fontana-Tribondeau de impregnação argenticca.

Tanto em umas como em outras preparações encontramos ainda, embora em numero sensivelmente menor, os espirochetas com os mesmos caracteres morphologicos relatados. Ao exame microscopico as laminas coradas pelo Giemsa mostraram ainda a presença de grande quantidade de neutrophilos, na sua maior parte degenerados, numerosas formas mononucleares de eosinophilos, grande numero de monocytos, lymphocyots, raras hematias e algumas cellulas bronchicas des-camadas.

Os espirochetas se apresentavam como elementos espiralados corados em azul pallido, muito polymorphos, com as dimensões sensivelmente identicas áquellas da verificação anterior, com as extremidades afiladas, com as espiras frouxas, largas e em media pouco numerosas. Em summa, não considerando a quantidade que era muito menor, os espirochetas agora encontrados reproduziam os mesmos caracteristicos morphologicos daquelles estudados por occasião do seu primeiro achado. A preparação exhibia ainda um numero apreciavel de elementosbastone tififormes, fusiformis, bem corados e de tamanhos variaveis, com granulações bem visiveis e com os caracteres morphologicos typicos que estamos habituados a encontrar nas anginas de Plaut-Vincent e nas ulceras tropicaes associadas ao treponema de Vincent.

Além destes elementos encontramos, como nos exames anteriores, disseminados pela lamina, numerosos coccos isolados e agrupados.



Radiographia n.º 1 — Reprodução da chapa obtida em 8-2-934 logo após a admissão do doente no hospital. Vide relatório do radiologista no texto.

Nas laminas tratadas pelo processo de Fontana-Tribondeau os espiroquetas eram facilmente encontrados, contrariamente ao que acontecia com os bacillos fusiformes cujos contornos ficavam sempre confusos, tornando-os de difficil reconhecimento ainda que o mesmo fosse possível.

A partir de quinze dias mais ou menos deste exame, não conseguimos, como vae adiante mencionado, obter novo material (escarro) para exame. Em 25-4-34 fizemos algumas preparações com material obtido dos dentes do doente. Tanto as preparações feitas com o deposito retirado dos bordos gengivales dos dentes, como aquellas feitas com material retirado do fundo dos dentes cariados, revelaram a presença de bacillos fusiformes, espiroquetas e grande numero de coccus. Facto digno de nota e que deve ser attribuido á medicação arsenical a que o doente estava sujeito, enquanto os bacillos fusiformes eram muito numerosos e representavam os elementos predominantes vistos nos esfregaços, os espiroquetas eram rarissimos, parecendo-nos impossivel a sua identificação morphologica rigorosa.

III Inoculação experimental. Em 27 de março injectamos intraperitonealmente, numa cobaia, 1 cc do escarro lavado, em que o exame directo havia accusado a presença dos elementos habituaes da associação fuso-espirillar de Vincent. Ao mesmo cobaio fizemos deglutir uma quantidade de escarro correspondendo approximadamente a 2 cc. A cobaia assim inoculada passou vinte e cinco dias apparentemente bem, não demonstrando soffrimento, quando na manhã de 20 de abril foi encontrada morta na sua gaiola.

A autopsia praticada no mesmo dia verificou a presença dos ganglios inguinaes de ambos os lados bastante infartados, mas principalmente do lado esquerdo

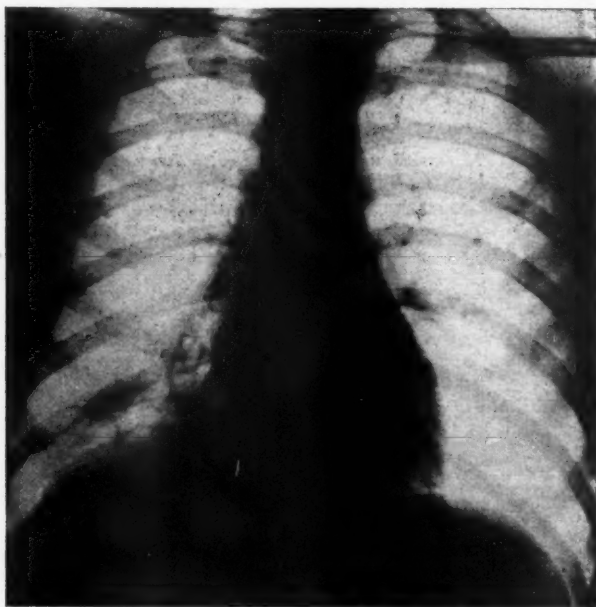


Radicographia n.º 2 — (de perfil) — Reprodução da chapa obtida em 8-2-934 logo após a entrada do doente no hospital.

ou sejam aquelles correspondentes ao ponto de inoculação. O exame microscopico destes ganglios revelou um processo de reacção inflammatoria banal. O exame da trachea e dos pulmões encontrou respectivamente uma tracheite catarrhal e uma pneumonia focal. O exame dos demais organs nada apurou digno de nota. O exame dos esfregaços obtidos por impressão dos ganglios inguinaes, como aquelles feitos com o liquido turvo sanguinolento obtido pela secção dos pulmões foi inteiramente negativo. Tanto em uns como em outros preparados não conseguimos descobrir espiroquetas ou bacillos fusiformes. Tambem foi infructifera a pesquisa de espiroquetas nos cortes de todos os órgãos tratados por processos especiaes de impregnação argéntica (Levaditi). O fracasso da inoculação experimental deve ser attribuido em parte á escassez no material dos elementos espirocheto-fusiformes e, em parte, e principalmente, ao facto de ter sido o material obtido do doente quando já sob o tratamento arsenical que naturalmente influiu sobre a vitalidade e aptidões pathogenicas dos espiroquetas. Este resultado negativo não prejudica assim qualquer conclusão. De outro lado, pela morte do animal inoculado talvez possam ser responsabilizados os microorganismos pyogenicos sempre presentes na symbiose fuso-espirillar de Vincent.

IV — *Diagnostic.* Baseados na historia morbida de A.B. e nos dados fornecidos pelos exames praticados no doente foram feitos os diagnostics de a) megasophago; b) abcesso pulmonar (de origem fuso-espirochetosica).

Para que taes diagnostics fossem firmados e pudessem ser discutidos com fundamento, como será feito adeante, foram requisitados os exames radiologicos cujos resultados são a seguir transcriptos: O exame radiologico do thorax foi



Radiographia n.º 3 — Reprodução da chapa obtida em 5-4-934 durante o tratamento pelo neosalvarsan quando os symptomas clinicos estavam em via de regressão Vide relatório do radiologista no texto.

realizado em 10-2-34 pelo Dr. Paulo de Almeida Toledo que assim se exprimiu no seu relatório : (vide radiogr. nos 1. e 2) "Processo de condensação, predominantemente exsudativo, do lobo medio direito, com espessamento das scisuras interlobares delimitantes. Não existem signaes radiologicos das outras porções pulmonares. Lobite do lobo medio.

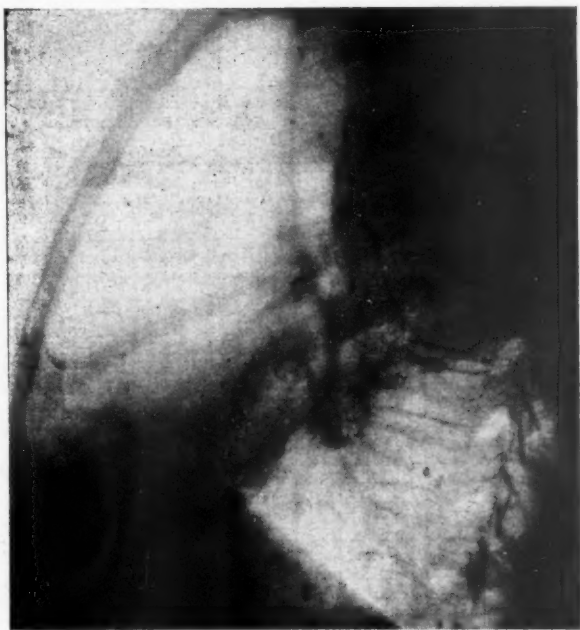
Seria conveniente novo exame dentro de 20 dias."

No exame radiologico do esophago segundo o Dr. Carmo Mazilli que o praticou em 15 de fevereiro de 1934 foi verificado "Cardio espasmo". Não foi observado diverticulo no esophago".

V — *Therapeutica* : Durante os primeiros dias de hospitalisação A.B. foi submettido ao tratamento hygienico dietetico habitual, e á medicação symptomatica do aparelho respiratorio (formulas 259, 270, 271 do Formulario da Santa Casa).

A partir do dia 22 de fevereiro de 1934 foi indicado a A.B. o tratamento arsenical pelo neosalvarsan (914) que foi ministrado da seguinte maneira, num total de 2gr.55 até 16 de abril de 1934.

DIAS	DOSE
22-2-34	0,10 cent.
24-2-34	0,15 cent.
1-3-34	0,30 cent.
8-3-34	0,45 cent.
13-3-34	0,30 cent.

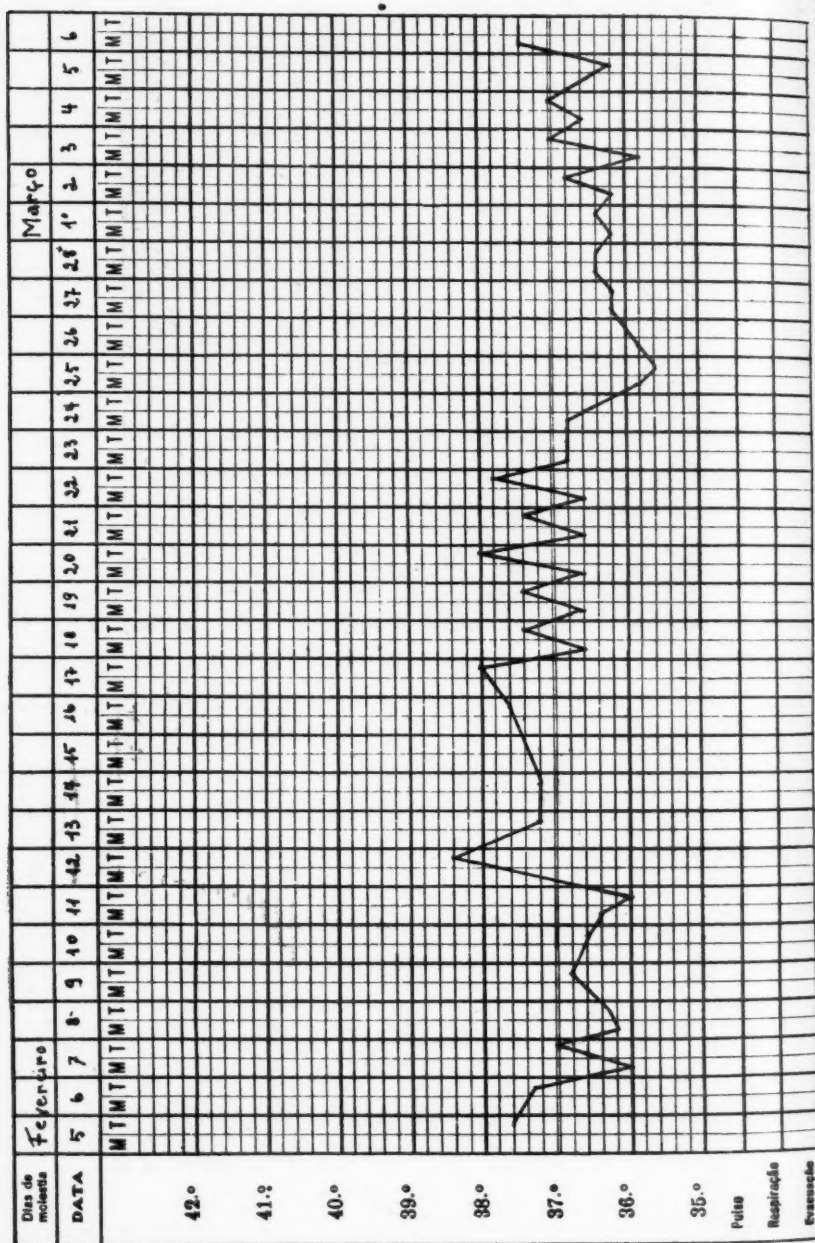


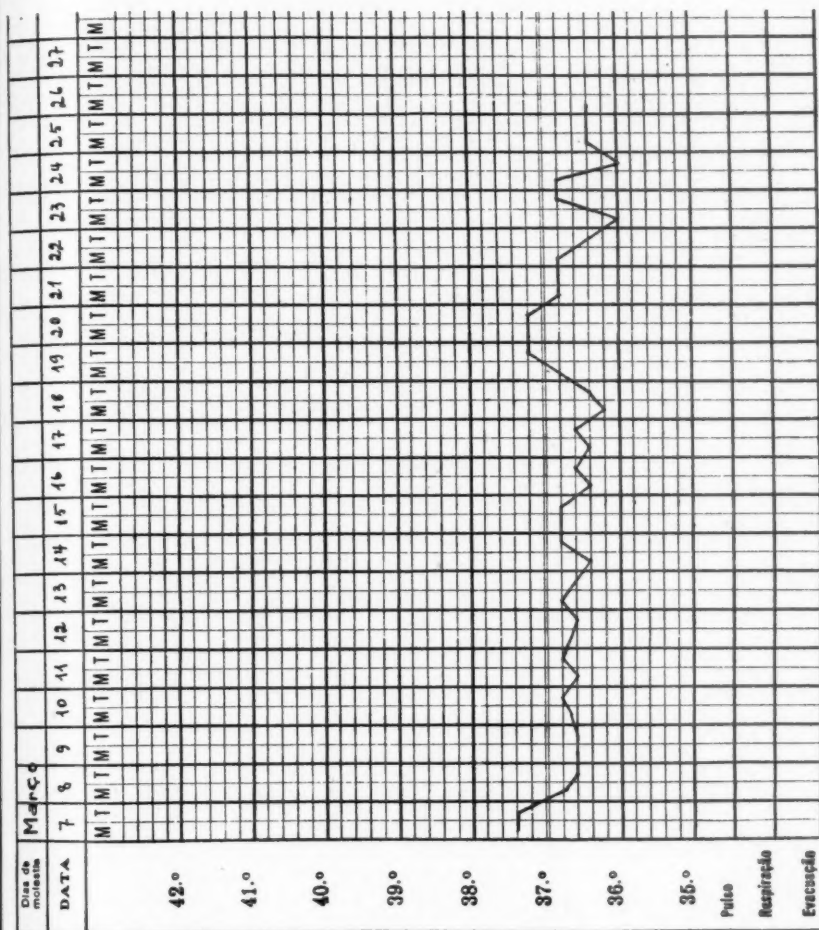
Radiographia n.º 4 (de perfil) — Reprodução da chapa em 5-1-934 durante o tratamento pelo neosalvarsan quando os symptomas clinicos estavam em via de regressão. Vide relatório do radiologista no texto.

20-3-34	0,45 cent.
27-3-34	0,30 cent.
2-4-34	0,30 cent.
7-4-34	0,60 cent.
12-4-34	0,30 cent.
16-4-34	0,30 cent.

Apesar do magnifico resultado já obtido, a medicação especifica continua sendo empregada até attingir a dose total conveniente, quando então deverá ser substituida por outra forma (bismutho) afim de se fazer um tratamento de consolidação.

VI — *Evolução.* O estado de A.B. não se modificou durante os vinte primeiros dias em que esteve na enfermaria. Medicado symptomaticamente continuava a apresentar, sem falar nas perturbações dysphagicas os mesmos phenomenos, como quando entrara para o Hospital. Tinha febre com caracter vesperino e sua temperatura, que pode ser apreciada melhor na curva thermica annexa, attingia a tarde, diariamente, 37.^o4 a 38.^o4. A tosse persistia penosa, a expectoração abundante e fétida, os suores sempre se patenteando á noite, as dores thoracicas pouco haviam melhorado e a debilidade geral se accentuava. Em 21 de fevereiro de 1934, revelando o exame de escarro, como assignalamos, a presença de numerosos espirochetas, foi o doente submettido, por indicação do Dr. Barbosa Corrêa á arsenotherapie pelo neosalvarsan (914), em doses medias e intercal-





ladas. O doente tomou a primeira injeção endovenosa de 0,10 centigrs. de neosalvarsan (914) na manhã de 22 de fevereiro; neste dia á tarde sua temperatura ainda alcançou a 37,8 e a partir desta data a temperatura de A.B. foi sempre normal salvo, como pode ser visto no graphico, em duas occasiões onde foram registrados alguns decimos acima de 37, facto entretanto que não mais se observou com a continuação do tratamento. Ao par desta influencia sobre a curva thermica que se mantem até o presente (15-4-934) a therapeutica instituida e acima discriminada, obteve pouco a pouco sensivel melhoria do estado do doente e diminuição e desaparecimento dos symptomas pulmonares. Assim a expectoração foi gradativamente diminuindo, logo o seu máu cheiro foi desaparecendo; a tosse foi se tornando menos frequente, os suores nocturnos não mais appareceram. O doente

em 27-3-34 já havia recuperado o peso perdido e não mais se queixava das dores thoracicas. Em 27-3-34 o exame não mais encontrou os phenomenos auscultatorios assignalados na observação. Alguns dias depois repetindo o exame radiologico nos informava o Dr. Paulo A. Toledo em seu relatorio: "Regressão pronunciada dos processos exsudativos notados no primeiro exame, permanecendo ainda o processo circumscripto do lobo medio do pulmão direito. Fibrose dascurura horizontal, nodulos calcificados esparsos. Seios livres". (Radiographia n.º 3 e 4).

Em 12-4-934 quizemos novamente repetir o exame de escarro, mas nossa intenção foi frustrada porque o doente não conseguiu expectorar, o que aliás não fazia ha alguns dias e o que acontece até a data em que escrevemos estas observações (25-4-34).

A cura clinica de A.B. parece pois evidente; entretanto, para evitar a recurrencia do processo ou a volta de novo surto agudo da molestia, muitas vezes possivel como vimos, continua ainda A.B. em observação e sob therapeutica que visa a manutenção da cura obtida. Só depois desta é que o doente será submettido á therapeutica dilatadora do cardio espasmo.

D) *Discussão diagnostica.*

Afim de bem poder acompanhar o raciocinio diagnostico applicavel ao caso em estudo devemos analysar a phenomenologia apresentada pelo nosso observado obedecendo a ordem chronologica do seu apparecimento.

Com este criterio podemos desde logo resumir os symptomas apresentados por A. B. em dois grupos perfeitamente traçados na observação relatada. Ao primeiro grupo, que é constituido por manifestações clinicas datando pelo menos 10 annos, pertence uma symptomatologia peculiar á porção inicial do aparelho digestivo. O segundo grupo, de apparecimento recente, se caracteriza por um conjuncto symptomatico, que, julgado desde a primeira vista, é proprio das affecções do aparelho respiratorio.

Vejamus, separadamente, em cada um destes dois grupos, quaes os elementos importantes capazes de nos guiar no estabelecimento de um diagnostico.

Entre as primeiras manifestações morbidas accusadas na historia clinica de A. B. devemos destacar os seguintes symptomas:

a) phenomenos dysphagicos datando de 10 annos, em plena saúde, precedidos por um periodo de eructação e dando a impressão de parada do bolo alimentar ao nivel da região meso-esternal.

b) dysphagia tanto para as substancias liquidas como solidas, a principio transitoria, com intervallos de acalmia e corrigida por manobras adequadas empregadas pelo doente.

c) difficuldade na deglutição que, á medida que o tempo passava, tendia sempre a se tornar mais frquente, mais accentuada e persistente, mais difficilmente beneficiada pelas referidas manobras e tornando-se acompanhada de:

d) regorgitação espontanea ou provocada dos alimentos ingeridos, facilmente reconheciveis, não digeridos, de mistura com grande quan-

tidade de secreção mucosa e salivar e com os caracteres da regorgitação esophageana.

e) A estes phenomenos indicativos da permanencia dos alimentos no esophago, antes de franquear o cardia, se ajuntam outros que traduzem a fermentação das substancias ingeridas antes da chegada das mesmas no estomago (eructação fétida).

Em presença de symptomatologia tão expressiva, mister se fazia uma indagação semiologica especial do esophago. Esta, como consta da observação revelou:

a) pela percussão, uma zona de sub-massicez do espaço inter-capulo-vertebral direito para a qual não deve concorrer senão parcialmente a affecção pulmonar de que tambem o doente é portador, porque a referida sub-massicez desaparece para dar lugar a uma sonoridade tympanica quando o doente ingere a mistura gazogena. Alem disso, por sua vez a nota percussoria obtida por esta prova torna-se massiça quando o doente, em seguida á mistura gazogena, ingere liquidos.

b) pela ausculta durante a deglutição, a presença do signal de Leube-Westphall, ou seja a substituição do segundo ruido da deglutição por um ruido que apparece, em tempo anormalmente afastado do 1.º ruido, e que dá a impressão auditiva da queda de uma gotta num vaso cheio dagua.

c) a existencia da succussão esophageana de Guisez. Em face dos symptomas e dos dados semiologicos acima resumidos estava fundamentado o diagnostico clinico de megaesophago, cuja confirmação devia se esperar do exame roentgenologico. Este veio de facto, pondo em evidencia a dilatação esophageana e o cardioespasmo, confirmar a justeza do juízo clinico que se baseou na anamnese (dysphagia). Uma vez firmado clinica e radiologicamente o diagnostico de megaesophago outra questão intimamente ligada a esta se propunha. Seria A. B. tambem portador de um megacolon? A suspeita clinica baseava-se na existencia de symptomatologia intestinal pouco importante considerada isoladamente (constipação de ventre rebelde ha 20 annos), mas de grande significação para o diagnostico de megacolon, dada a presença do megaesophago já cabalmente diagnosticado em vista da frequente coexistencia das duas affecções. Competia mais uma vez á radiologia a confirmação da hypothese considerada. Foi por esta razão que novo exame radiologico foi praticado em 6-3-1934. O radiologista, Dr. Paulo de Almeida Toledo, nos forneceu então o seguinte relatorio:

"Alongamento pronunciado com ligeiro grau de dilatação da alça sigmoide. Aspecto normal das outras porções do grosso intestino. Mega e dolico colon. Esophago: Estreitamento infundibular da extremidade inferior, de contornos regulares, com extase retro. Caracteristicos de cardioespasmo".

Fundamentados como estão os diagnosticos de megaesophago e megacolon parece-nos absolutamente desnecessarios commentarios sobre questões attinentes ao diagnostico differencial que na presença

da dysphagia, que é o symptoma principal de A. B., deveria ser estabelecido pelo estudo das affecções esophageanas intrinsecas ou extrinsecas e das affecções não esophageanas (aorta, estomago, etc.) capazes de se revelarem clinicamente por um embaraço na deglutição. Se a historia morbida de A. B., o resultado do exame physico a que elle foi submettido e sobretudo os raios X são concordes no estabelecimento do diagnostico de megaesophago e megacolon não estão, entretanto, resolvidas todas as questões que estes diagnosticos sempre suscitam. Entretanto, muito de proposito não entraremos nestes detalhes deixando de lado a discussão da origem congenita ou adquirida respectivamente do megaesophago e do magacolon.

Effectivamente esta discussão acarretaria amplas explanações de ordem etiopathogenica acerca daquellas affecções e que pelas razões expostas na introdução deste tarbalho, desejamos evitar tanto quanto possivel. Assignalamos entretanto que, no caso em debate, a inexistencia de um factor etiologico reconhecidamente capaz de ser responsabilizado pela affecção do esophago, alliada a coexistencia desta, com affecção analoga e de etiologia tambem não esclarecida do colon sigmoide, são argumentos que militam a favor de uma origem congenita.

De outro lado, são o megaesophago e o megacolon neste caso adquiridos e traduzem a localisação insolita de um processo infeccioso (no caso vertente a infecção grippal em vista das frequentes "gripes" accusadas pelo doente) no plexo nervoso intraparietal do tubo digestivo? Naturalmente a resposta a esta pergunta só poderá ser encontrada em dados histopathologicos. Estes nos faltam completamente. Por esta razão deixamos de vez a questão referente á primeira parte da historia morbida do nosso observado para estabelecer agora os fundamentos diagnosticos do abcesso pulmonar de natureza fuso-espirochetosica. Para dar cumprimento a este objectivo devemos ter em mente o segundo grupo de symptomas, a que já fizemos menção linhas atraz, e o resultado dos exames physico e de laboratorio.

De accordo com estes dados foi formulado o diagnostico de abcesso pulmonar que se acha baseado:

- 1 — na existencia de uma pneumopathia de inicio agudo que surge no decurso de uma bronchite banal com pontadas thoracicas exacerbadas pela tosse, com calafrios, febre e suores nocturnos.
- 2 — no apparecimento, seis dias depois do inicio dos phenomenos pulmonares, de uma vomica abundante constituida por cerca de um litro de secreção muco-purulenta e que foi precedida, quatro dias antes, durante um dos accessos de tosse, por um escarro hemoptoico.
- 3 — na persistencia da vomica sob a forma de vomicas fraccionadas, em quantidade regular e na fetidez da expectoração e na sedimentação da secreção muco-purulenta em tres camadas superpostas e caracteristicas.

- 4 — na presença de signaes physicos e radiologicos que retratam um processo de condensação pulmonar.
- 5 — na ausencia de bacillos de Koch em varios exames de escarro mesmo apos a pratica de provas especiaes.

Afastado o diagnostico de tuberculose pulmonar pelos repetidos exames de escarros, as hypotheses a serem discutidas seriam as de abcesso pulmonar, abcesso bronchiectasico, bronchiectasia e pleurisia interlobar. A suppuração de um neoplasma pleuropulmonar e sua abertura num bronchio e a suppuração de um cysto hydatico são hypotheses que não encontram na observação de A. B. provas que as fundamentem nem mesmo elementos que as suscitem. Entre outras razões, o criterio estatistico nos autorisa a acceitar o diagnostico de pleurisia interlobar somente depois de abandonada a idéa de um abcesso pulmonar que as verificações operatorias, as provas radiologicas e os exames necroscopicos mostraram ser muito mais frequentes que a pleurisia interlobar. Graças com effeito ás aquisições da semiologia moderna e dos estudos anatomo-pathologicos de data recente, admitte-se hodiernamente, ao contrario do que se ensinava em outros tempos ser a pleurisia interlobar excepcional e muito mais contradichos os abcessos pulmonares. A este proposito as seguintes palavras de Julio Palacio merecem citação integral; "Sin llegar a la exageración de negar la existencia de la pleurisia interlobar como hacen algunos autores, es un hecho indiscutible que el absceso pulmonar juxtacisural es mucho más frecuente, sobre todo en el adulto".

A conclusão clinica portanto que estes dados parecem indicar é que o doente A. B. teve um abcesso pulmonar entrando para o hospital já na phase chamada aberta e que apesar de drenado sufficientemente por via bronchica se acompanhava ainda de seus symptomas principaes que só começaram a ceder após o inicio da medicação arsenical indicada pela presença no escarro de espirochetas associadas aos bacillos fusiformes.

Tal conclusão clinica deve procurar, sempre que possivel apoiar-se:

a) na radioscopia ou na radiographia simples; b) na radiographia após a injeção intratracheal de lipiodol; c) na bronchoscopia diagnostica.

O lipiodo-diagnostico e a bronchoscopia diagnostica, sobretudo importantes no reconhecimento da bronchiectasia e dos abcessos bronchiectasicos e de grande valor no diagnostico differencial dos abcessos pulmonares, não são correntes em nosso meio e não foram praticados no caso em apreço.

Ainda que falem estas provas diagnosticas, na ausencia das quaes o diagnostico differencial é frequentemente muito difficil, parece-nos que tanto a bronchiectasia como o abcesso bronchiectasico possam ser excluidos não só por certas modalidades clinicas presen-

tes no caso em discussão como pela evolução favorável apresentada pelo mesmo.

Dos tres methodos elucidativos só o primeiro foi realizado e seu resultado constante da observação e arrolado entre os elementos em que se baseou o diagnostico parece não contrariar o diagnostico de abcesso pulmonar. Entretanto como a imagem radiologica obtida no caso em estudo não é característica vamos a este proposito fazer alguns commentarios.

O exame roentgenologico é um dos mais importantes meios de elucidação diagnostica nos casos de abcessos pulmonares. Se casos existem em que a imagem radiologica dos abcessos pulmonares é característica, podendo-se só por ella chegar ao diagnostico, o que pode occorrer mesmo na ausencia de symptomas subjectivos e signaes objectivos evidentes, muitas vezes, entretanto, a radiographia não fornece informações que possam ser tomadas em consideração sem um completo exame clinico, uma anamnese minuciosa e um exame physico detalhado. Na mais das vezes mesmo a radiographia é um meio adjuvante de diagnostico que não substitue os dados clinicos. E' o que dizem Harwell e Dudley tratando da contribuição radiologica para o diagnostico dos abcessos pulmonares. E, reforçando o que acima foi dito, escreveram os citados autores.

"The radiograph is not always successful in revealing an abscess with fully distended cavity, situated in the center of an area of consolidation. The various components are two nearly equal in their resistance to the penetration of the rays to cast differentiating shadows. When, however, the cavity is drained, or filled in part with fluid and in part with air, the shadow is unmistakable. In these circumstances the varying surface of the fluid may be demonstrated by changing the patient's position. Fluoroscopy helps, also, as the fluid may sometimes be seen to splash on succussion".

A imagem radiologica do abcesso pulmonar se apresenta, escreve Harvier, sob formas muito variaveis e mais ou menos typicas. A's vezes ella traduz um foco de opacidade limitada, de contornos irregulares, que não permitem precisar com certeza se si trata d'um collecção ou duma condensação pulmonar.

Sergent estuda a imagem radiologica das suppurações pulmonares em duas phases distinctas ou seja antes e depois da vomica.

Elle assim exprime o resultado de sua longa experiencia no assumpto:

"Lorsque la vomique a eu lieu, l'examen radiologique devient plus caractéristique, en montrant une image hydroaérique, véritable corollaire de l'apparition des signes cavitaires. Cependant, cette image peut manquer de netteté e même, être peu visible, si la collection est entourée d'une grosse condensation parenchymateuse portant une opacité profonde.

Ainda a proposito do exame radiologico nos abcessos pulmonares, accentuou Julio Palacio em recentissimo trabalho versando sobre o estudo clinico e diagnostico das suppurações pulmonares: "existen

otras eventualidades en las cuales el absceso no da imagem cavitaria, por no existir medio de contraste pulmonar, por ser sus paredes poco densas o por quedar escondido en razón de su profundidad, del espesor de la zona periférica hepaticizada, por la existencia de una reaccion pleural de vecindad que produce un telón pleural o por estar oculto por la sombra del corazón."

No caso em discussão segundo nos informa o relatorio do radiologista não se conseguiu evidenciar uma imagem hydroaerica que em presença dos dados clinicos conhecidos tornaria o dagnostico de abscesso pulmonar menos discutido. Effectivamente, o exame radiologico apreendeu apenas um processo de condensação pulmonar interessando o lobo medio direito, apesar de ter sido praticado após o apparecimento da vomica.

Talvez radiographias successivas, sempre de grande valia nestas circumstancias, viessem mostrar dentro da sombra de condensação uma imagem mais clara, com linha de nivel indicando excavação do parenchyma pulmonar. Entretanto tal não aconteceu porque quando o doente foi radiographado novamente, depois de um lapso de tempo muito mais longo do que o determinado pelo radiologista, já estava sob therapeutica adequada ao caso e apresentava evidente melhoria dos symptomas clinicos. Então, concordando com a melhoria apresentada clinicamente pelo doente o exame aos raios X, ao contrario de uma imagem hydroaerica, encontrou a regressão dos signaes radiologicos observados anteriormente.

O diagnostico radiologico das suppurações pulmonares é muitas vezes assás delicado bastando attentar para o facto que segundo Sergent e Bordet elle tem que ser feito na presença de qualquer das seguintes imagens radiologicas:

- a) imagem radiologica normal ou sub-normal.
- b) imagem hydroaerica.
- c) imagem cavitaria.
- d) placas de opacidade relativamente homogenea de contornos mais ou menos regulares, ou opacidades desprovidas de todo aspecto cavitario nitido.
- e) arborescencias pediculares exaggeradas ou seja uma accentuação das sombras hilares e parahilares.

A ausencia de uma imagem cavitaria e de uma linha de nivel ao exame radiologico, não devem então desautorisar o diagnostico de abscesso pulmonar. Para não citarmos sinão casos de mesma etiologia que aquelle estudado por nós, diremos que, na literatura a nosso alcance, encontramos numerosos casos de abscessos pulmonares fusoespirochetosicos em que a sombra radiologica de condensação pulmonar mostrava-se sob o aspecto de uma sombra opaca, homogenea sem signaes de cavidade. Não pretendemos com isso dizer que a estes abscessos pertencem certas particularidades radiologicas. Não; o argumento de que lançamos mão é puramente documentativo, comparativo, sem nenhuma outra pretensão. Aliás os abscessos pulmonares

fuso-espirochetosicos tem as mesmas características que os abscessos pulmonares de etiologia diversa, e, se clinicamente elles não correspondem, segundo a autorizada opinião de Leon Kindberg, a nenhuma forma definitiva, não possuem elles, como é facil de se prevêr, imagem radiologica propria. Assim é que encontramos o mesmo aspecto radiologico que o exhibido pelo nosso observado nos casos 3-7 e 8 de Enescu e Bercovici, no 3.º caso de D. T. Smith e nos casos 11 e 37 de Pilot e Davis.

Achard tambem registrou tres casos em que o exame radiologico mostrou a presença de uma imagem pouco característica. Achard attribúe a falta de imagem hydro-aerica em seus casos a uma drenagem bronchica que se realisa facilmente, juízo que a evolução favoravel em todos estes casos parece ter confirmado.

Bentes de Carvalho em sua excellente memoria sobre as "espirochetoses broncho-alvares" escreve tratando dos symptomas radiologicos o seguinte topico que é perfeitamente applicavel ao nosso caso:

"O contorno cavitario, mesmo no film radiologico é difficil muitas vezes de precisar. Emfim, é mais frequente que para os abscessos não putridos não se poder achar *imagem alguma cavitaria* e no entretanto a caverna existe, como muito bem illustra uma observação que Kourilsky relata na sua brilhante these. A espelunca deste doente foi posta em evidencia pelo pneumothorax artificial. Curioso como radiologica ou radiographicamente a caverna é invisível mao grado as vomicas, cuja existencia estabelecem sem hesitação possivel a origem cavitaria das mesmas. Esses factos se verificam quando os fòcos tem sede na direcção duma scisura. Quando o foco permanece no centro do lobo, ao centro de uma imagem lembrando aquella das lobites, vem-se muito mais commumente nitidas collecções hydro-aericas. Constata-se sempre em derredor do fòco cavitario ou suppostamente cavitario uma reacção parenchymatosa que se traduz ao exame radiologico, ora por uma opacidade que lembra a de uma lobite, ora por uma opacidade diffusa irregularmente disseminada no lóbo ou indo mesmo além delle".

Seja qual fôr a explicação que se possa dar para a ausencia da imagem radiologica característica, o facto é que o diagnostico de abcesso pulmonar, de accordo com o exposto, parece fundamentado.

De outro lado, sua etiologia fuso-espirochetosica pode ser precisada:

1.º pela presença na expectoração do doente de grande numero de espirochetas com os característicos do *Treponema Vincenti* associados a igual numero de bacillos fusiformes.

2.º pela prova therapeutica que, não só trouxe a cura clinica e regressão dos signaes radiologicos, como acarretou sensível diminuição dos elementos fuso-espirallares e por fim seu completo desaparecimento.

3.º porque os abcessos pulmonares são frequentemente expressão da fuso-espirochetose pulmonar, que sob os pontos de vistas clínico, bacteriológico, anatomo-pathológico e experimental constitúe uma entidade morbida perfeitamente caracterisada.

As suppurações pulmonares não tuberculosas têm ultimamente merecido a atenção de todos os centros scientificos, e passam actualmente por um estudo de revisão. Multiplas são as classificações propostas para este grupo de entidades morbidas e sua multiplicidade bem evidencia a falta de um ponto de vista uniforme e as difficuldades de uma systematisação precisa. Não pretendemos neste trabalho transcrever todas as classificações propostas, mesmo porque ellas vêm minuciosamente explanadas na contribuição recente de Donato Boccia e J. Rizzo. Procuraremos apenas indicar, dentro destas classificações modernas a que forma pertence o abcesso pulmonar de nosso doente.

Por suas manifestações symptomaticas (expectoração fétida), por seus agentes etiologicos (associação fuso-espirillar de Vincent) e por seu caracter evolutivo, o abcesso pulmonar diagnosticado em A. B. se integra nos chamados abcessos putridos, fétidos ou gangrenosos (Sergent, Léon Kindberg, Serio, Bernard e Pelissier) nas formas rotuladas: abcesso putrido agudo com signaes de localisação (Bezangon); abcesso putrido ou gangrenoso agudo (Ascoli); abcesso gangrenoso agudo circumscripto (Serio, Donato Boccia e Rizzo).

Aliás os autores allemães, norte-americanos e alguns estudiosos italianos não fazem distinção e reúnem em um só grupo os abcessos pulmonares. Curbillet em sua these (Algeria 1932), citado por Boccia e Rizzo, "demonstra a logica da concepção actual que agrupa em um unico capitulo todas as suppurações pulmonares, sejam estas putridas ou não, ou complicações de uma bronchiectasia adquirida. A divisão classica em suppurações fétidas e não fétidas deve ser considerada uma recordação, sendo ella de todo insufficiente."

Mais interessante do que estas questões parece-nos procurar na observação relatada as condições que permittiram se desenvolvesse em A. B. um abcesso pulmonar. Os abcessos pulmonares são excepcionalmente primarios e frequentemente secundarios e os agentes etiologicos capazes de provocal-os attingem o parenchyma por meio de uma das seguintes vias:

a) bronchiaca; b) sanguinea; c) lymphatica; d) por extensão de uma suppuração vizinha; e) pela via transthoracica. Fornecerá a observação relatada neste trabalho indicações que possam mais ou menos precisar a via pela qual se deu a aggressão pulmonar e quaes as circumstancias graças ás quaes se formou o abcesso pulmonar? Não encontramos na observação elementos que possam suggerir que os microorganismos pathogenicos tenham seguido as vias sanguinea, lymphatica e transthoracica.

A hypothese de ter se originado o abcesso pulmonar pela propagação de uma suppuração de vizinhança merece apenas ser as-

signalada. Não encontramos entretanto na historia de A. B. motivos para admittir que o abcesso pulmonar fosse consecutivo a uma mediatinitis suppurada, que seria neste caso a hypothese mais provavel, visto ser esta uma complicação possivel do megaesophago, affecção de que tambem é portador o nosso doente.

Com maiores minucias devemos analysar as abcessos pulmonares que tiram sua origem pela invasão dos agentes etiologicos por via bronchica. Os abcessos pulmonares originados por via bronchica são, ou consecutivos a infecções bronchopulmonares (pneumonia, bronchopneumonia, influenza, etc.) ou consecutivos a aspiração de corpos extranhos infectados.

Entre os abcessos consequentes a aspiração de corpos extranhos devem ser incluídos os casos determinados pela aspiração exclusiva de microorganismos pathogenicos. Estes abcessos pulmonares por aspiração de corpos extranhos infectados ou pela aspiração isolada de microorganismo tornaram-se muito frequentes, principalmente na Norte-America após as tonsillectomias prophylaticas a ponto de seu numero ultrapassar nas estatisticas o lugar occupado anteriormente pelos abcessos consecutivos ás infecções pneumonicas, bronchopneumonicas e grippaes.

Harwell e Dudley, a proposito dos abcessos pulmonares por aspiração de material infectado, escrevem: "These may produce the abcess primarily without the intervention of a true pneumonia. It is difficult to prove this fact clinically, because the picture closely resembles pneumonia, but a study of radiograph plates proves that abcess formation begins almost from the start. There are no available statistict showing the frequences of aspiration abcess. The ability of the lung to withstand such insult is not known, but, is obviously considerable. Pottenger observed "more than twenty in a year and half" following tonsil operations, a fact to be born in mind when operating upon the upper air passages and the mouth and pharynx. The aspiration of food particles from the mouth cavity may also lead to a lung abcess. If the foreign body, however, be of considerable size and hard, it will lodge in a bronchus, and may be removed or coughed out before the abcess develops. Small bodies with sharp or cutting edges will cause more damage to the endothelial lining and thereby admit the entrance of infecting organisms.

Discutiu-se muito sobre a theoria aspiratoria dos abcessos pulmonares, principalmente naquelles consequentes á operações dos orgams das vias aereas superiores. Muitos autores attribuem o seu apparecimento como o resultado de embolos infectados desprendidos durante a manipulação dos orgams no acto cirurgico. Sobre esta diversidade de opiniões escreve Landis: "Smith, on the other hand, as the result of experimental observation agrees that infecting organisms may occasionally reach the lungs by means of an embolus, when the operative field is an area in which they are habitually found, as in the gums and tonsils. He feels, however, that the aspi-

ratory theory offers an equally good explanation for the pulmonary abcess subsequent to operations in the upper respiratory tract, and a much more logical one for nonoperative pulmonary abcesses, or those which follow a clean extra respiratory operation."

Como quer que sejam, os abcessos pulmonares consequentes a aspiração de material infectado são reconhecidos pelos tratadistas mormente pelos norte-americanos, que sobre o assumpto são os que têm maior experiencia. Seu quadro pathologico entretanto não difere grandemente dos abcessos de outra origem. Elles têm outrossim uma tendencia a se localisarem mais profundamente no parenchyma pulmonar.

O caso por nós apresentado parece realizar as condições theoricas optimas para o apparecimento de um abcesso pulmonar provocado pela infecção por via bronchica com a particularidade da provavel combinação dos dois mecanismos pathogenicos — aspiração de material sceptico ou inalação de microorganismos pathogenicos e comprometimento da mucosa respiratoria, no caso, da mucosa bronchica.

Os antecedentes morbidos de A. B. e a etiologia apurada justificam plenamente o raciocinio que vamos desenvolver. Em nosso modo de entender os factos se desenrolaram nas seguintes circumstancias:

1.º um factor predisponente como costuma ser o megaesophago. De facto, este, sendo uma affecção cachectisante, debilitante, acarreta uma diminuição da resistencia organica e constituiu no caso de A. B. uma das causas que favoreceu o apparecimento do abcesso pulmonar.

2.º como consequencia a esta inferioridade organica e predisposição ás infecções intercorrentes, encontramos no caso em discussão a tendencia ás infecções grippaes em recahidas.

Desta tendencia temos a prova na bronchite, que durante longos mezes precedeu o apparecimento do abcesso pulmonar. Por sua vez esta bronchite, que durou cinco mezes, e se caracterisou por tosse e expectoração inodora tal como uma bronchite banal, provavelmente representou no quadro morbido de A. B., alem de um novo factor predisponente, um factor de localisação da infecção superveniente no aparelho pulmonar da qual resultou o abcesso.

3.º a existencia do Treponema de Vincent e do bacillo fusiforme nos doentes cariadados, que são um de seus habitats predilectos, como tivemos occasião de verificar pelo examé de material dentario, e a presença dos mesmos agentes pathogenicos nos exames da expectoração de A. B. além da prova therapeutica (regressão dos symptomas clinico-radiologicos e dos espirochetas no exame de escarro sob a acção do 914), permittem-nos completar o raciocinio já esboçado.

4.º Como poderiam os saprophytas buccaes exercer sua acção pathogenica pela exaltação de suas virulencias num terreno preparado como o de A. B. á intercorrença de processos infecciosos? De duas ma-

neiras. Da primeira, á custa do megaesophago. Da segunda, favorecidos pela bronchite.

Descrevendo a symptomatologia do megaesophago, Bensaude e Rivet escrevem que muitas vezes os doentes têm, durante o somno, no decubito horizontal, bruscos accessos de tosse devidos talvez ao facto que nesta attitude o conteúdo esophagiano attinge o espaço interarytenoidiano, e nesse caso, particulas alimentares podem penetrar nas vias respiratorias. Em todo caso, accrescentam os citados autores, estes accessos de tosse são logo seguidos de vomitos.

Ora é bem possivel que A. B. tivesse tido um ou varios accessos de tosse motivados pelo mecanismo descripto e que com o material, alimentos ou saliva, fossem ter nas vias respiratorias os bacillos fusiformes, os treponemas de Vincent e os germens pyogenicos (em regra estreptococcus) que no seu conjuncto constituem a associação fuso espirillar de Vincent. Seria possivel que estas inoculações, por assim dizer, se fizessem repetidas vezes de modo a serem os aggressores em quantidade sufficiente para o desempenho de suas funções morbigenas. Mas apertando bem a anamnese de A. B., verificamos que o doente não consegue affirmar que elle tenha sido accordado por accessos de tosse que suggerissem se realisasse durante o somno a penetração do conteúdo esophageano nas vias respiratorias. Entretanto esta hypothese que é suggestiva pode permanecer porque muitas vezes o doente só teve sciencia de que regorgitou o conteúdo esophagiano na manhã seguinte, quando verificava que as roupas de cama estavam sujas pelo material regorgitado. Ora, taes regorgitações, conforme nos contam Bensaude e Rivet, podiam ter sido precedidas de tosse por penetração do material nas vias respiratorias, tosse que tambem teria muitas vezes passado despercebida ao doente.

Por estes senões é que devemos attribuir á bronchite um papel mais directo no determinismo dos phenomenos morbidos que culminaram no abcesso pulmonar de origem fuso-espirochetosica. Eis como os factos se explicam fazendo nossas as palavras de Vincent:

"A penetração dos espirochetas e do bacillo fusiforme nas vias respiratorias pode effectuar-se duma maneira muito mais simples ainda, e certamente mais frequente. Tossindo falando, espirrando, o doente se envolve, como se sabe, numa nuvem polymicrobiana formada de gotticulas microscopicas salivares carregadas de microbios de que uns provem das lesões pulmonares e os outros da cavidade buccal. Concebe-se facilmente que a inalação destas gotticulas, que pode ser perigosa para os que rodeiam o doente, não o é menos para o proprio doente, sobretudo se elle respira com a bocca aberta. Produz-se uma auto inoculação verdadeira que se repete em cada inspiração. Os tuberculosos, os grippados, os pneumonicos, os encatarrados, em uma palavra os tossidores atacados de affecções agudas ou chronicas podem se infectar do mesmo modo pela inalação repetida das bacterias que habitam anormalmente a bocca, os dentes, a pharynge, *em particular por aquella dos espirochetas*, muito abundantes e variados nos individuos portadores de dentes cariados, de

estomatite ou de gengivite. *E' isso que explica a grande frequência dos espiroquetas banaes na expectoração dos doentes atacados de gripe, de tuberculose, etc.*

Estes elementos ahí vegetam como simples parasitas inocuos emquanto elles não penetrarem na parede bronchica e no parenchyma pulmonar."

Entre estes germens opportunistas desempenham um papel etiológico importante, sobretudo em pathologia do aparelho respiratorio, os espiroquetas de Vincent, que associados aos bacillos fusiformes e em symbiose com microorganismos pyogenicos constituem a chamada associação fuso-espirillar de Vincent. E assim, em conclusão, podemos dizer que A. B. exemplifica perfeitamente o caso em que saprophyats banaes da bocca em estado de hygiene precaria, exaltados em sua virulencia pela existencia de factores predisponentes (megaesophago, bronchite de longa duração) tornaram-se pathogenicos e determinaram por via bronchica um abcesso pulmonar. Eis, de outro lado, como dissemos, realizadas em A. B. as condições theoricas optimas para o apparecimento de um abcesso pulmonar (no caso, de origem fuso-espirochetosica) graças ao consorcio dos dois mecanismos pathogenicos dos abcessos determinados por via bronchica — a inflamação previa da mucosa bronchial e a aspiração de microorganismos pathogenicos.

Endereço: Rua S. Bento, 7

BIBLIOGRAPHIA CONSULTADA

1. ACHARD CH. E SOULIÉ P. — *Abcès aigu du poudon rapidement guéri. Bacilles fusiformes et spirochètes dans l'expectoration. Traitement par l'arsénobenzol.* Bull. de l'Acad. de Méd. 3.^a serie Tomo CI anno 95. 5 março 1929. pag. 321.
2. ACHARD CH. — *Formas benignas de las suppuraciones pulmonares.* El Dia Médico n.º 30-20 janeiro 933. pag. 609.
3. AMORIM MOACYR E CORREA NETTO ALIPIO — *Histopathologia e pathogenese do megaesophago e do megarecto.* Annaes da Fac. de Medicina de S. Paulo. Vol. VIII, 1932. pag. 101-127.
4. BACIGALUPO J. — *Expectoration Sanglante et Spirochétoze.* Comp. rend. Soc. de biol. 96-895. 1927.
5. BARBARY, FERNAND. — *Nécessité d'identifier le spirochétoze pulmonaire hémorragique (pseudo tuberculose).* Bull. de l'Acad. de Méd. 3.^a serie tomo 79. 1918. pag. 461.
6. BARKER CREIGHTON — *Fusosporillosis (Vincent).* Nelson Loose Leaf Medicine, vol. II, pag. 3417.
7. BAUR J. E CODVELLE — *Note sur un cas de bronchite sanglante à fuso-spirochètes de Vincent.* C. R. Soc. Biol. 25 março 1922, pag. 665.
8. BENSAUDE E RIVET — *Megaesophage in* . Nouveau Traité de Médecine-Roger-Widal-Teissier. fasc. XIII. pag. 232. 1926.
9. BENZANÇON F., E ETCHEGOIN E. — *Présence des spirochètes dans les crachats hemoptiques.* C. R. Soc. Biol. t. 92. 1925. pag. 55.
10. BENZANÇON E E. ETCHEGOIN — *Spirocheta bronchialis et gangrène pulmonaire.* C. R. Soc. Biol. t. 94. pag. 319. 1926.
11. BEZANÇON E ETCHEGOIN, E. — *Spirochètes et gangrène pulmonaire.* Bull. de l'Académie de Médecine 3.^a serie Tomo 95. 1926 - pag. 124.

12. BEZANÇON — *Spirochètes et gangrène pulmonaires*. Bull. de l'Acad. de Méd. 3.^a série t. 95 — 1926 — pag. 189.
13. BEZANÇON E ETCHEGOIN E. — *L'identification des spirochètes bronchiques*. Bull. de l'Acad. de Médecine 3.^a série tomo 95 — 1926 — pag. 473.
14. BEZANÇON, FERNAND E YOUNG S. I. — *Spirochètose bronchopulmonaire* in Nouveau Traité de Médecine 1926. Fasc. XI. Ap. respiratoire pag. 246.
15. BEZANÇON E ETCHEGOIN — *Bactériologie de la gangrène pulmonaire*. Bull. de l'Académie de Médecine 3.^a série tomo 97 — 1927 — pag. 294.
16. BEZANÇON, ETCHEGOIN — CAYLA, MLE SCHEREER — *Gangrène pulmonaire aigue avec spirochètose intense des tissus (Faux aspect radiologique de pleuresie interlobaire)*. Bull. et Mém. Soc. Méd. Hop. Paris n.º 15 anno 44 — 3.^a série, 10 maio 1928 — pag. 689-695.
17. BEZANÇON — *Importance de la classification des suppurations pulmonaires en aigues et chroniques et en formes bactériologiques*. Bull. de l'Acad. Méd. 5 março 1929 — pag. 324.
18. BENTES DE CARVALHO — *Das espirochetoses broncho-alveolares*. Brasil Médico, 9 agosto 1930 — n.º 32 — pag. 860. Brasil Médico, 16 agosto, 1930 — n.º 33 — pag. 894.
19. BLANCHARD M. ET TOUBLEC — *Les grands syndromes en Pathologie exotique*. Gaston Doin 1931, pag. 348-356.
20. BLOEDORN W. A. E HOUGHTON — *Bronchial Spirochaetosis*. Journal of the American Medical Association 1921 — vol. 76 — n.º 23, pag. 1559-1563.
21. BOCCIA, DONATO R RIZZO, JUAN — *Las suppuraciones intrapulmonares no tuberculosas*. La Prensa Medica Argentina. Anno XX — n.ºs 41, 42, 43, 44 e 45 — 1933 — pags. 2156, 2212, 2244, 2290 e 2371.
22. BROWN MARK A. — *Fetid bronchitis (Putrid bronchitis) in Bedside Diagnosis* — Blumer II vol. pag. 140-1929.
23. BRUMPT — *Spirochaetosis* in Nouveau Traité de Médecine Roger-Widal-Teissier. vol. IV — pag. 540 — 1925.
24. CAPRIGLIONE, HAMLETO — *Spirochaetose bronchopulmonar hemorrhagica de Castellani* — These Rio — 1926.
25. CAPRIGLIONE, HAMLETO — Rev. Associação Paulista de Medicina, vol. I, n.º 4 — pag. 307.
26. CHALMERS, ALBERT e O' FARRELL — *Bronchial spirochaetosis*. J. Trop. Méd. Hyg. 1915 nov. 1 vol. 16 n.º 21 pags. 329-334 resumido in Tropical Diseases Bulletin vol. 3 — n.º 1 — 1914 — jan. 15 — pags. 6-7.
27. CHAUFFARD, KERMORGANT E (NETTER Relator) — *Parecer sobre o trabalho do Dr. F. Barbary*. Bull. de L'Acad. de Méd. 3.^a série tomo 80 — 1918 — pag. 243.
28. CARINI, A. — *Un cas de spirochètose bronchiale au Brèsil*. Bull. Soc. Path. Exotique n.º 7, pag. 500-501 — 1920.
29. CARNOT, PAUL — *Espiroquetosis bronco-pulmonar hemorrhagica*. El Dia Medico n.º 40 — 4 maio 1931 — pag. 269.
30. CASTELLANI E CHALMERS. — *Manual of Tropical Medicine* 1913 — pag. 1283.
31. CASTELLANI, ALDO — *Note sur la "Bronchospirichetose" et les "Bronchites mycosiques"*. Presse Médicale 5 de julho 1917. n.º 37 — pag. 377-380.
32. CASTEX, M. HEIDENREICH ARTURO J., E REPPETO R. L. — *Le salvarsan par voie trachéales dans le traitement des processus férides l'appareil respiratoire*. Bull. de l'Acad. Méd. 3.^a série Tomo XCV — 1926 — pag. 131-135.
33. DALIMIER R. — *A propos de la bronchospirichetose de Castellani*. Presse Médicale — n.º 14 — 10 março 1919 — pag. 124-125.
34. DAVIS D. J. ET PILOT ISADORE — *Studies of bacillus fusiformis and Vincent's spirochete. I Habitat and distribution of these organisms in relation to*

- putrid and gangrenous processes.* Journal of American Medical Association. Vol. 79 - n.º 12 - pag. 944-951 - 1922.
35. DEJEAN CH. — *Les dernières recherches sur les maladies à spirochètes de Vincent.* Gazette des Hôpitaux - n.º 2 - 7 jan.º 1928 - pag. 21.
 36. DELAMARE G. — *Spirochètes respiratoires stomatogènes.* Masson - 1924.
 37. DELAMARE — *L'identification des spirochètes bronchiques d'après quelques travaux récents (Essai de classification provisoire)* Bull. de l'Acad. de Méd. 3.ª serie, tomo 95 - 1926 - pag. 459.
 38. DELAMARE G. — *A propos de l'indice d'identification morphologique des spirochètes bronchiques.* C.R.Soc. Biol. T. 94 - pag. 1141 - 1926.
 39. DELAMARE, G. E GATTI C. — *Fuso-spirochètose et Syphilis pleuro broncho-pulmonaires.* Ann. d'anat. pathol. et d'anat. norm. méd. chirurg. Tomo 8 - n.º 4 abril, 1931 - pags. 395-397.
 40. DENIES, RAUL BORES, FELIX ARAOZ, J. D. — *El cloroformio en la bronco espirochètosis de Castellani.* La Prensa Medica Argentina Anno XX - n.º 38, 20 de setembro 1933. - pag. 2.005.
 41. DIAS, ANNES — *Clinica Medica*, pag. 71 e 72 (4.ª serie 932).
 42. ENESCU, J. E BERCOVICI, H. — *Rémarques sur onze observations de spirochètose puomonaires.* Annales de Médecine Tomo XXIX n.º 4 - abril, 931 - pags. 423-455.
 43. ETCHEGOIN E. — *Rol patógeno de las espiroquetas en la gangrena pulmonar.* El Dia Medico, 4 Setembro 1933. n.º 3 - pag. 141.
 44. FALCÃO, THEOPHILO — *Rhinite fuso espirillar.* Bol. da Soc. de Medicina e Cirurgia de Santos. - vol 1 - n.º 1 - 1921-1922 - pag. 18.
 45. FARAH NAGIB — *Spirochetose bronchique (Castellani) étude clinique de dix cas; succès thérapeutique par les injections intramusculaires d'iode.* Presse Médicale - n.º 77. 17 dezembro 1919. - pag. 774.
 46. FAUST, E. C. — *Bronchospirochaetosis in China.* The Journal of Trop. Med. and Hyg. vol. 26 - 1.º Jan. 1923 - n.º 1 - pag. 14-16.
 47. FONSECA, FERNANDO — *Diagnostico de Spirochetose de Castellani.* Comunicação á secção de Medicina da Ass. Paulista de Medicina em 20-3-34.
 48. FULWIDER, R. M. — citado in Barker Greigton - *Fusosporillosis.* Nelson's Medical service-Survey of Literature 15 maio 1927 - pag. 861.
 49. GATE, J. E M. BILLA — *Contribution à l'étude des spirochaetoses bronchiques. A propos de 32 cas.* La Presse Médicale n.º 33. 23-4-1927 - pag. 513.
 50. HARRELL VOSS — *The present status of Plaut-Vincent's infection.* Archives of Otolaryngology. Vol 14 - n.º 1 - pags. 1 - 8. 1931.
 51. HARTWELL, JOHN A. E DUDLEY GUILFORD S. — *Abscess of the lung.* Nelson Loose Leaf Living Medicine vol. III - pag. 500.
 52. HARPER, FRANK S. — *Bronchial spirochaetosis.* The Journal of Trop. Med. and Hyg. - vol. 17 - n.º 13 - julho 1914 - pag. 194.
 53. HERMAN, W. G. — *Variedades de la infeccion fuso-espirochetosica pulmonar.* American Roentgen Society in El Dia Medico n.º 31 - 29 fev. de 1932 - pag. 612.
 54. HEUER, GEORGE G. — *Lung abscess.* — Bedside Diagnosis Blumer vol. II - pag. 209 - 1929.
 55. KINDBERG L., R. MONOD. — *Les abces du poumon.* 1932 — Masson. (com- importante bibliographia).
 56. KINDBERG, LEON, CATTAN ADIDA, P. — *Recherches sur les spirochètes putrides broncho-pulmonaires.* Bull. et mém. de la soc. méd. des Hôp. Paris. Anno 44 n.º 15. 10 maio 1928 - pags. 679-686.
 57. KINDBERG, LEON. R. CATTAN. P. ADIDA — *Les pneumopathies putrides à spirochètes.* Paris Medical n.º 25 - 23-6-1928 - pags. 576-582.
 58. KINDBERG LEON — *Evolucion general e indicaciones terapéuticas del absceso pulmonar.* El Dia Medico, 22 agosto 1932 - Anno V - n.º 4 - pag. 87.
 59. KINDBERG — *Les dilatations des bronches.* 1934. Masson.

60. KLINE E BERGER — *Spirochetal pulmonary gangrene treated with arsphenamine*. Journ. Am. Med. Ass. vol. 85 - n.º 19 - pag. 1452-1459 - 1925.
61. LAFOSSÉ, PAUL E LANGLE, JACQUES — *Frequence de la fusio spirochétose bronchique. Caract.res cliniques et bactériologiques d'apr.s 53 observations*. Bull. de l'Acad. de Méd. 3.ª serie - tomo 96 - 1926 - pag. 310.
62. LANCEREUX, E. — *Spirillose pleurale au cours d'un hemothorax traumatique*. Presse Medicale n.º 55. 1 de Out. 1919 - pag. 556.
63. LEMIERRE, KINDBERG LEON, LAPPORTE e ADIDA — *A propos d'un cas de gangr.ne pulmonaire. Spiroch.les ou Association fusio-spirillaire?* Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hop. Paris. Anno 44, n.º 15 - 10 de maio 1928. pags. 712-723.
64. LEVY, MOISE D. — *Bronchial spirochaetosis*. Nelson Loose Leaf Medicine vol. II - pag. 349.
65. L. CHENISSEH — *L'Arsenothérapie et la serothérapie dans la gangr.ne pulmonaire*. Presse Médicale n.º 89 - 5 nov. 1921 - pag. 886.
66. LINS, ABDON — *Espirochetas* (Revisão) These de docencia livre - Rio, 1927.
67. MAC DOWELL, GALDINO TAVARES E BENTES DE CARVALHO — *Spirochetoses humanas observées au Brésil*. Revue Sud Americaine de Médecine et de Chirurgie n.º 2 - Fev.º 1930 -T. I - pag. 143.
68. MANSON BAHK, P. — *Is bronchial Spirochetosis a Distinct Clinical Entity?* Trans. Roy. Soc. Trop. Med. e Hyg. - vol. n.º 5-6 - 20-352 - 1927.
69. MELLO FROILANO. ANDRADE M. — *Spirochetose broncho-pulmonaire au Nord de Portugal*. Bull. Soc. Path. Exot. - vol 15 - n.º 5 - pag. 284-286 - 1922.
70. MIRONESCO TH. — *Spirochétose bronchiale et autres spirochétoses observées en Roumaine* — C. R. Soc. Biol. t. 92 - 1925 - pag. 1164.
71. MIRONESCO TH. — *Spirochétose bronchiale avec eruption cutanee*. Bull. de L'Acad. de Méd. 3.ª serie tomo 97 - 1927 - pag. 598.
72. MOREAU, RENÉ — *La gangr.ne pulmonaire chronique in Problèmes actuels de Pathologie Médicale*. - 1931 - pag. 281.
73. NOLF, P. — *Un cas de gangr.ne pulmonaire á spirilles*. Bull. de L'Acad. de Méd. - 3.ª serie - tomo 80 - 1918 - pag. 657.
74. NORRIS LANDIS — *Diseases of the Chest* - 4.ª ed. 1929. Saunders.
75. OLMER, D. E ISEMAIN L. — *Le rôle du spiroch. te et la valeur de l'arsénothérapie dans certaines suppurations pulmonaires fétides*. Marseille Medical - anno 67 - n.º 19. 5 outubro 1930. (n.º especial consagrado á pathologia pleuro pulmonar) pags. 10-27.
76. P. HARVIER — *Abcess du poumon* — Nouveau Traité de Médecine Roger Vidal Teissier fasc. XI. pag. 477.
77. PARISI, RAPHAEL — *Contribuição ao estudo do mal de engasgo e seu tratamento cirurgico*. These S. Paulo, 1925.
78. PALACIO JULIO — *Estudio clinico y diagnostico differencial de las suppuraciones pulmonares*. El Dia Medico - Anno VI - 30 abril 1934 - n.º 39 - pag. 821.
79. PELLEGRINI, ENRICO — *Contributo allo studio morfologico dell Helicinema - Vicenti-Sanarelli*. Lo Sperimentale (Arch. di biol.) anno 84 (1930) fasc. V-VI - pag. 515-529.
80. PETTIT, AUGUSTE — *Contribution a l'étude des Spirochétides*. Tome I. 1928.
81. PILOT, ISADORE DAVIS D. J. — *Studies in Fusiforme Bacilli and Spirochetes. Their role in pulmonary abcess, gangrene and bronchiectasis*. Archives of Internal Medicine. Tomo 34 - 1924 - n.º 3 - pags. 313-354.
82. RATHERY E WAITZ — *Nodul s necrotiques pulmonaires á spirochetes*. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hop. de Paris n.º 23 7-7-1930 - pag. 1184.

83. REPETTO, ROBERTO L. — *Megaesofago*. El Dia Medico n.º 25 — 18 jan.º 1932 — pág. 514.
84. ROBERT, LEOPOLD — *Sur le rôle de l'association à fusospirochetes de Vincent dans l'étiologie de la Bronchite sanglante de Castellani*. C. R. Soc. Biol. Tomo 85 — n.º 25 — 1921 — pag. 285.
85. ROTHWELL J. H. — *Bronchial Vincent's Angina*. J. Am. Med. Assoc. Vol 54 — n.º 23 — 1910 — pag. 1867-1868.
86. SALOMON, MAURICE — *La spirochètose broncho-pulmonaire*. Annales de Médecine Tomo VII — n.º 1 — pag. 53 — 1920.
87. SANARELLI G. — *Identité entre spiroch.les e bacilles fusiformes*. Les "Helicconemes Vincenti" Annales de l'Institut Pasteur t. XLI — n.º 7 — Julho 1927 — pags. 679-720.
88. SCHLOSSMANN, C. — *Recherches sur la spirochaetose broncho-pulmonaire*. La Presse Médicale 12-2-1927 — n.º 13 — pag. 195.
89. SERGENT E BORDET — *Diagnostic radiologique des suppurations broncho pleuro pulmonaires chroniques*. Arch. Med. Chirurgicales de l'App. Resp. Tomo II — n.º 5 — 1927 — pag. 393-410.
90. SERGENT, E. E BORDET, F. — *Les abcès putrides ou gangreneux du poumon d'origine naso-bucco-pharyngee*. Le Journal Médical Français Tome XV — n.º 8 — Agosto 1926 — pag. 299.
91. SERGENT — *Les syndromes respiratoires*. I e II fasciculos. Gaston-Doin Paris, 1924 e 1925.
92. SMITH CURTIS E. E RUSK, G. Y. — *Pulmonary spirochetosis*. The American Journal of Pathology. vol III — maio 1927 — n.º 3 — pag. 225.
93. SMITH, D.T. — *Analysis of 100 cases of Broncho-pulmonary spirochetosis*. New York State J. M. 27 — 119 — 1927. Resumido in Nelson Medical Service 1927 — pags. 959-961.
94. SMITH D. T. — *Bronchopulmonary Spirochetosis*. Am. Rev. Tuberculosis 15 — n.º 3 — 352 — 1927.
95. SMITH D. T. — *Fuso Spirochetal Disease of the Lungs*. Am. Rev. Tuberculosis 16 — n.º 5 — 584 — 1927.
96. SMITH, DAVID T. — *Relation of Vincent's angina to fuso-spirochetal disease of the lungs*. The Journal of American Medical Association. vol. 94 — n.º 1 — 4 janeiro 1930 — pag. 23-26.
97. SMITH DAVID T. — *Fusospirochetal disease of the lungs produced with cultures from Vincent's angina*. The Journ. of Infectious Diseases — vol. 46 n.º 4 — abril 1930 — pag. 303.
98. SOUZA OCTAVIO DE e MACIEL PEDRO — *Estudo clinico-radiologico do abcesso pulmonar*. Revista de Radiologia Clinica — Anno I — n.º 4 — abril 1932 — pags. 223-237.
99. TAYLOR J. A. — *Bronchial Spirochaetosis in Uganda, with pneumonic symptoms*. Annals of Trop. Med. and Parasitol. — vol. 8 — n.º 1 — 21 de abril de 1914 — pag. 13-18.
100. VINCENT H. — *Sur la nature de la bronchite sanglante (fuso spirochètose bronchique)*. C.R. Soc. biol. — 13 maio 1922 — pag. 1002.
101. VINCENT — *Sur la fuso-spirochètose des voies respiratoires. Sa localisation bronchique*. Bull. de l'Acad. de Méd. 3.ª serie — tomo 95 — pag. 143 — 1926 Idem — 3.ª serie — tomo 96 — pag. 135 — 1926.
102. VINCENT H. — *Note sur la fuso-spirochètose bronchique*. Comp. Rend. Soc. Biol. — vol. 94 — pag. 1143 — 1926.
103. VINCENT, H. — *Etiologie et pathogénie de la gangrène pulmonaire*. Bull. de l'Acad. de Médecine 3.ª serie — tomo 97 — pag. 232 — 1927.
104. VINCENT H. — *A propos de deux nouveaux cas de gangrène pulmonaire Remarque sur l'étiologie de cette affection*. Bull. de l'Acad. de Méd. — 3.ª série — t. 97 — pag. 303 — 1927.

105. VIOLLE H. — *Note sur la spirochétose broncho-pulmonaire (bronchite sanglante)* Bull. de l'Acad. de Méd. 3.^o série - tomo 79 - pag. 429 - 1918.
106. VIOLE H. — *Origine des spirochètes des régions buccale et tracheo-bronchique.* C. R. Soc. Biol. - Tomo 85 - n.^o 29 - 22 out. 1921 - pag. 695.
107. VISHER J. W. — *Spirochaetal Bronchitis. Report of a case successfully treated with arsphenamine.* Am. J. Syphilis - vol. II - n.^o 1 - pag. 65 - 1927.
108. — VACCAREZZA R. R. — *El Tratamiento medico de las suppuraciones pulmonares* El Dia Medico - Anno VI - 30 ab il 1934 - n.^o 39 - pag. 813.
109. — VERBIZIER DE. — *Spirochétose broncho-pulmonaire dans l'épidémie de grippe actuelle.* Bull. de l'Acad. de Méd. 3.^a série - tomo 80 - 1918 - pag. 310.
110. WENYON C. M. — *Protozoology* - vol. II - 1926 - pags. 1271-1275.

Prefira sempre o

Gluconato de calcio Sylil

Ampolas de 2, 5 e 10 cc.

LABORATORIO CRUZEIRO DO SUL

HYPODERMIA EM GERAL, ESPECIALIDADES PHARMACEUTICAS, SECÇÃO DE BACTERIOLOGIA: ANALYSES DE SANGUE, FEZES, ESCARROS, PÚS, UNINAS, ETC., VACCINAS DE WRIGHT E AUTOGENICAS.

BARROS & SANTOS LTDA.

RUA PAMPLONA, 183 —:— TELEPHONE: 7-2938 —:— CAIXA POSTAL, 2513
S. PAULO

PNEUMATOLON Caixas de 4 e 8 empolas *Tipos: Adulto e Infantil*

BASE: 4 com CHLORO-BROMO-DIAMINO-PHENYLMETHANO-SODICO a 0,75
2 com SORO ANTITOXICO (Cultura polybacillar passada pelo cavallo)

Producto injectavel altamente SCIENTIFICO e ESPECIFICO da cura da PNEUMONIA e BRONCHO-PNEUMONIA dos adultos e creanças. As pontadas cessam immediatamente com a PRIMEIRA injeção (intravenosa para os adultos). Os focos são totalmente illiminados com DUAS ou TRES injeções.

PROTOPLASMASE Caixas com 12 empolas 5 cc., inteiramente indolor, injectavel em dias alternados.

FORMULA	Cacodilato de Sodio anhydro chimicamente puro.....	0,40
	Ferro Colloidal	0,012
	Sulfato de Strychnina	0,001
	Solução isotonisante q. s. para	5 cc.

INDICAÇÕES:

Anemia. — Chlorose. — Neurasthenia. — Ergasthenia. — Cachexias. — Convalescências. — Paralysis Facial e outras. — Neoplasmas Malignos. — Emmagrecimento. — Anorexia. — Fraquesa Pulmonar. — Debilidade Senil. — Preventivo do Aborto das senhoras fracas, e em todo e qualquer caso de Hematopoiese rapida. O seu effeito tem sido ainda comprovado, pela ALTA POSOLOGIA ASESINICAL de sua base — no que cada 3 empólas corresponde a 2.^a dose de 914 — nos casos de Syphilis Terciaría e Molestias da Pelle: Eczema, Lupus, Psoriasis, Acnes e Espinhas Malignas do Rosto.

MOVIMENTO SCIENTIFICO PAULISTA

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 15 DE OUTUBRO

Presidente : DR. AYRES NETTO

A aplicação dos methodos estatísticos ao estudo das molestias mentaes - DR. E. DE AGUIAR WHITAKER. — O A., resumindo e adaptando o trabalho de Elkin e Doering — "The application of statistical method to the study of mental diseases", considera que os progressos no terreno da psiquiatria derivam, sobretudo, da observação e em menor escala das investigações experimentaes.

Ambos os methodos são sujeitos a causas multiplas de erro, que a experimentação procura remover na medida do possivel.

Dada a importancia do methodo observacional, cogita o A. de alguns problemas attinentes á sua applicação.

Uma das causas de erro ao considerar o valor relativo de um phenomeno reside na interferencia do acaso. Este factor pode evidenciar-se pelo emprego de formulas estatísticas que estabelecem as incidencias fortuitas. Em seguida passa á demonstração do methodo a seguir-se, apresentando as formulas e os calculos correspondentes. A communicação foi illustrada com a projecção de varios quadros demonstrativos.

Tumor metastatico do medias-tino posterior - Prof. A. ALMEIDA PRADO. — O A. apresenta um doente, já trazido á Sociedade em janeiro de 1933, com o dr. Mesquita Sampaio que apresentára em tempo um volumoso hypernephroma do rim esquerdo e notavelmente melhorado pelo tratamento radiotherapico, a ponto de ter desaparecido quasi completamente a producção tumoral. Mezes depois, o doente voltou á consulta, movido pelo apparecimento, na fossa iliaca direita, junto á arcada crural, de um tumor metastatico profundo, e igualmente melhorado pela applicação radiotherapica. Novo periodo de cura clinica seguiu-se ahi, interrompido pelo surto de recentes dores no thorax, propagando-se aos braços e peora do estado geral, de novo accomettido como das vezes anteriores. A hypothese diagnostica de uma metastase pulmonar impunha-se. Uma chapa radiographica revelou uma figura tumoral facetada, desprovida de pulsatilidade e coincidente com a sombra dos aneurismas aorticos, como com tumor mediastinico. Afastada a idea de aneurisma, e na ausencia de syndroma compressivo dos tumores do mediastino anterior, restava a probabilidade de um tumor

SATIVAN

Abortivo e curativo da grippe.

Base: allium sativum. Cxs. de 3 amps.

INSTITUTO THERAPEUTICO "ORLANDO RANGEL"

do mediastino posterior. Pediu-se então nova radiographia com enchimento simultaneo do esophago, para ver-se a relação entre o tumor e o mediastino posterior. A chapa confirmou, completamente, a suposição. O esophago, cheio, mostrou-se recalcado pelo tumor, na direcção postero-anterior. Trata-se, pois, de um tumor do mediastino posterior.

Recentissimamente ainda, nova produção tumoral surgiu na fossa ilíaca direita, justamente no ponto

em que, anteriormente, aflorara outro, curado pela radiotherapia. O interesse do caso reside não só na evolução do tumor, extremamente sensível á acção da radiotherapia, como no aspecto das chapas radiographicas.

A proposito dellas projecta outras, de aneurysma aortico, simulando tumor mediastinico, de um doente do Prof. Bourroul, estudado diligentemente pelo dr. J. M. Cabello Campos. — Dr. Renato Locchi, 2.º secretario.

SESSÃO DE 5 DE NOVEMBRO

Presidente : DR. AYRES NETTO

Discutindo o caso, o dr. Eurico Branco Ribeiro diz que já tem empregado a cecostomia com resultados satisfactorios.

Um caso de appendicite suppurativa com perfuração e innundação purulenta da cavidade abdominal — DRS. SOARES HUNGRIA e J. VIEIRA DE CAMARGO. — O caso que é objecto da comunicação foi operado no seu 4.º dia. Tudo indicava a gravidade: febre alta, quase 40º, pulso 110, peritonite, abaulamento do ventre, tympanismo, emfim um caso gravissimo. Em tal situação foi praticada a cecostomia com drenagem deste e do ileon, operação esta que visa diminuir a mortalidade por appendicite suppurativa. E' o 3.º caso que os AA. praticam, este anno, e, dado o resultado satisfatorio trazem ao conhecimento da sociedade, por se deprehender que a operação vem beneficiar os doentes e o caso presente é o testemunho desse beneficio.

Considerações em torno dos actuaes conhecimentos sobre a febre amarella — DR. PAULO DE TOLEDO ARTIGAS. — O A. faz uma exposição durante cerca de 50 minutos, sobre este relevante assumpto, tendo sido focalizado todos os pontos interessantes, desde o historico da molestia até a moderna aquisição destes 3 ultimos annos, que demonstram a gravidade do problema entre nós, em vista da endemicidade da febre amarella em toda a região do norte do paiz, a partir do Rio de Janeiro. A comunicação foi illustrada com a projecção de graphicos. — Dr. Renato Locchi, secretario.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE SETEMBRO

Presidente : DR. ALÍPIO CORREA NETTO

Tratamento do megacolon pela secção dos esphincteres lisos do grosso intestino — DR. ALÍPIO CORREA NETTO. — O A. apresenta 3 casos de megasigma e megarecto tratados pela secção do esphincter interno do reto e do esphincter pelvi-rectal, com real exito. O typo de operação basea-se no moderno conceito em que é tido o megacolon, dysfunction dos esphincteres localizados em diversos pontos do intestino grosso. As

idéas de Hunt e Rake referentes ao megasophago confirmadas pela anatomopathologia, foram applicadas ao megacolon com inteira razão, pois que varios trabalhos já publicados por autores nacionaes, da escola paulista vêm confirmando este modo de pensar. Se o megacolon, quer se localize no colon direito, quer no esquerdo, é condicionado por uma achasia de um ou alguns dos esphincteres deste tracto do tubo intestinal,

seria facil a cura da affecção pela inutilização do mesmo esphincter. Esta hypothese acaba agora de ser confirmada. Alguns autores estrangeiros preconizaram já a mesma operação (Gaut para o esphincter interno do anus e Martin para o esphincter pelvi-rectal) mas não basearam suas indicações em preceitos pathogenicos que, fundamentaes, fossem acolhidos no meio cirurgico.

A demonstração porem da constante distribuição do plexo de Auerbach do grosso intestino no caso de megacolon justifica as concepções da achalasia e esta autoriza o uso da operação referida, por isso que se basea em dados positivos.

Nas radiographias dos casos apresentados ha evidente involução da alça intestinal dilatada que volta ao seu tamanho normal. A defecação é diaria e os pacientes sentem-se curados.

Discussão. O dr. Paulo de Toledo faz notar que as radiographias nos diversos casos apresentados foram feitas sob as mesmas condições technicas e assignala as difficuldades da verificação do calibre do recto devido á superposição das alças intestinaes.

O dr. Piragibe Nogueira diz que lembraria a questão da focalização, a maior ou menor distancia, influindo esta no volume apparente das alças, causa de erro que o dr. Paulo de Toledo acabava de afastar. Accentua que um dos casos apresenta grande involução da alça dilatada parecendo-lhe que nisto havia um desacordo entre o megacolon e o megaesophago. Pois neste as melhoras clinicas frequentemente não se põem em harmonia com os dados radiologicos. Acha de importancia capital o caso de megasigma curado pela secção do esphincter pelvico rectal. Os resultados trazidos pelo dr. Alipio Correa Netto comprovam a theoria dos esphincteres escalados ao longo do grosso intestino e deixam claro o acerto do fundamento histopathologico.

O dr. Alipio Correa Netto responde que tambem a sua attenção foi chamada para a involução das alças dilatadas e que junto aos bons resul-

tados clinicos indica o typo de operação evidentemente simples em logar de colectomias totaes e sub-totaes.

Ligadura da arteria femural. A biodynamica da circulação collateral após ligadura dos troncos arteriaes dos membros — Dr. S. HERMETO JUNIOR. — O A. commenta uma observação relativa á ligadura da arteria femural, no terço medio da coxa, num individuo joven attingido de grave hemorragia após trepanação de 1/3 inferior do femur por osteomyelite chronica. Após ligadura foi constatado edema discreto do membro inferior correspondente. Justifica a conducta que o fez ligar somente a arteria e não a arteria e veia homonyma. Chama a attenção para as discordancias entre as estatisticas de Wolff, Kagejama e Niebergall, e invoca os resultados experimentaes de Iwanow. Mostra o decurso post-operatorio caracterizado por serias perturbações trophicas, que se apresentaram sob a forma de uma area de gangreña ao nivel da região correspondente ao tendão de Achilles, bem como ulceras atonicas, em numero de duas, ao nivel da face externa da perna. A oscillometria feita posteriormente, em pleno periodo de cicatrização, demonstrou o bom estado circulatorio das regiões abaixo da ligadura. A arteriographia, feita com o "perabrodil" a 20% evidenciou a porção da ligadura e o desenvolvimento da rede collateral. O A. fez reflexões sobre a physiologia da circulação collateral, após ligadura dos grossos troncos arteriaes dos membros e neste particular relatou que os trabalhos da escola russa trouxeram uma contribuição valiosa, salientando os estudos de Iwanow e Dalgo Sabrioff. Mostrou a grande tolerancia do cão, nas experiencias, para com as ligaduras arteriaes e focalizou o conceito de Iwanow sobre a "potencialidade das collateraes arteriaes", referiu o augmento d'aquella após as operações de Leriche, Oppel, Danielopolu, etc. Resumiu factores que condicionam a circulação collateral particularmente a influencia dos nervos vaso-motores, o augmento da pressão da arteria ligada, e a velocidade e grau de desenvolvimento das

vias collateraes. Indicou como critério para a avaliação da circulação collateral no homem dois methodos: a oscillometria e a arteriographia.

DISCUSSÃO. — O dr. Mario Ottobriini encarece o valor da capillaroscopia na avaliação funcional e insiste na questão da musculatura, o factor primordial no restabelecimento da circulação após as ligaduras, (facto esse comprovado experimentalmente e tambem sob o ponto de vista clinico, porque nos casos em que se verifica grande traumatismo muscular a gangrena se processa) e focalisa a importancia da musculatura, citando os maus resultados das ligaduras dos grandes troncos arteriaes quando circumdados em apreciavel extensão somente por tendões.

O dr. Cassio Rolim reconhece que a difficuldade para jugular uma hemorrhagia num foco fibrosado com tecidos muito friaveis justifica uma ligadura acima do foco em terreno são. Acha a avaliação da circulação collateral bem estabelecida pela arteriographia, uma vez esta conduzida em boas condições technicas.

O dr. Dino Vannucci salienta que as estatisticas registram gangrena em menor numero, quando se faz contemporaneamente a ligadura da arteria e da veia. Lembra o emprego do vermelho Congo no combate ás hemorrhagias capillares.

O dr. Alipio Correa Netto accentua o valor do critério physico-mathematico para julgar o effeito de uma intervenção sobre os vasos porque de antemão um cirurgião pode avaliar as consequências de uma ligadura.

O dr. Sebastião Hermeto Junior responde ao dr. Ottobriini que reconhece o valor da capillaroscopia e não a empregou por deficiencia de material. No tocante á musculatura acha que Iwanof salientou com bastantes detalhes o seu valor no restabelecimento da circulação após as ligaduras. Acha judiciosa a critica feita pelo dr. Cassio Rolim á arteriographia por punção pois a maior quantidade do liquido na femoral profunda falseia os resultados. Concorda com as considerações feitas

pelo dr. Vannucci e declara que ignorava o emprego do vermelho Congo como hemostatico.

Cancer primitivo em vesicula biliaria não calculosa — Dr. PIRAGIBE NOGUEIRA. — O A. expõe um caso de adenocarcinoma papillifero numa vesicula biliaria não calculosa operado no serviço do prof. B. Montenegro. O tumor era limitado ao fundo da vesicula e não invadia a face hepatica. A vesicula achava-se inteiramente livre, tendo a doente sido laparotomizada pela incisão de Sprengel com o diagnostico de calculese sem o controle radiologico. Não se verificou tumoração do tubo gastro-intestinal e nem infarctamento nos ganglios lymphaticos que drenam a vesicula. Exhibindo documentação histo-pathologica do caso em apreço, commenta o A. a debatida questão da calculese como lesão pre-cancerosa. Prova serem excepcionaes os canceres em vesicula sem calculos e chama a atenção para os dados experimentaes que patenteam o poder cancerigeno da calculese. Finalizando, encarece o valor na cholecystectomy da incisão paramediana pararectal direita, que dá melhor acesso aos grupos ganglionares que drenam a vesicula.

DISCUSSÃO. — O dr. Antonio Prudente chama a atenção para a defesa pelo tecido conjunctivo que o organismo estava oppondo ao tumor: o caso vaee ter boa evolução. Observa que já verificou dois casos de cancer das vias biliares porem ambos em condições de inoperabilidade.

O dr. Dino Vannucci assignala a discordancia entre as estatisticas quanto á frequencia do cancer primitivo da vesicula biliaria. Informa que viu num estudo recente de 100 vesiculas calculosas referencias sobre lesões cancerosas de ectopias epitheliaes no seio do tecido muscular e mesmo logo abaixo da serosa.

O dr. Cassio Rolim acha que o cancer primitivo da vesicula biliaria se propaga difficilmente devido á pobreza da vesicula em lymphaticos.

O dr. Alipio Correa Netto relata que operou um caso de calculese vesicular verificando tumor com invasão do parenchyma hepatico; retirou a

vesicula e grande porção do parenchyma hepatico mas o doente não resistiu ao choque operatorio; o exame histologico revelou tratar-se de um cancer da vesicula, sendo que o doente soffria de calculose biliar ha muitos annos.

O dr. Piragibe Nogueira responde que o tumor estudado só se podia definir por evolução ulterior, pois que se em algumas areas havia reacção conjunctiva forte, lembrando a possibilidade de um esquirro, tambem em outras se notava e com muito mais abundancia formações cysticas, lembrando um cancer gelatinoso. Não havia porem duvida que o tumor era inicialmente papillifero e tinha poder infiltrativo grande, pois com caracteres de tumor iniciado ha pouco tempo e com volume pequeno, penetrára até na subserosa. O ganglio cystico retirado apesar da apparencia normal

da rede lymphatica não foi examinado por se ter perdido durante a fixação. Em seguida salienta a discordancia que ha na avaliação dos dados histologicos das vesiculas calculosas accentuando que para alguns a ectopia epithelial não tem significação e nem mesmo a metaplasia do epithelio. O criterio mais seguro é contudo considerar a calculose um estado pré-canceroso. E declara que a questão de rede lymphatica da vesicula e a maior ou menor brevidade de propagação dos tumores da vesicula é assumpto difficil de ser determinado; a vesicula biliar é entretanto possuidora de rede lymphatica abundante e portanto acredita que a propagação se faça segundo o que se passa nos outros orgaos do aparelho digestivo. — Dr. Piragibe Nogueira, 2.º secretario.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE OUTUBRO

Presidente: DR. ALÍPIO CORREA NETTO.

Considerações sobre o tempo de coagulação e de sangramento em cirurgia. Estudo comparativo sobre os diversos meios para melhora-los. (Nota prévia) — NAIRO DE FRANÇA TRENCH. — O A. em estudos systematisados que vem realizando sobre o T. C. e o T. S. verificou que a auto-hemoterapia, a hetero-hemoterapia, a transfusão e a auto-hemoterapia endovenosa baixam o T. C. e não influenciam o T. S.. Acredita que isto depende de uma pré-coagulação que se processa na seringa. Pôde observar ainda que os extractos organicos (Clauden-Zimmermann, Coaguleno, etc.) baixam na maioria dos casos o T. C. e nunca o T. S. ao passo que os saes de calcio não modificam o T. C. e baixam sempre o T. S. o qual se mostra tão ou mais importante que o T. C. na obtenção de campos operatorios claros.

Discussão. — O Dr. Hermeto Junior refere-se ao facto do chloreto de ammonio potenciar a acção do lactato de calcio (medicação feita per os). Chama attenção ainda para o emprego dos extractos endorinicos e para a irradiação do baço.

O Dr. Alipio Correa Netto commenta os resultados do doutorando Trench, salientando que usa auto-hemoterapia e hetero-hemoterapia ha 2 annos para melhorar o T. C.

Um caso raro de luxação traumática da anca; redução incruenta — DRS. DINO VANNUCCI e ARISTODEMO MINGIONE. — Depois de breves citações clinicas e anatomicas a respeito das luxações traumáticas da anca, os AA. descrevem um caso rarissimo de luxação em variedade antero-latero-cotyloidea e a technica incruenta empregada para redução. Lembram, finalmente, os typos mais raros da luxação traumática da anca e as normas geraes da technica para sua redução.

Discussão. — O Dr. Alipio Correa Netto encarece a necessidade da narcose nas luxações da coxo-femural e refere a difficuldade diagnostica das luxações em que ha ruptura do ligamento de Bigelow e tambem a grande difficuldade então existente na redução. Refere ainda um caso de luxação central da cabeça do femur que observou no Serviço do Prof. Alves de Lima.

O dr. A. Mingione diz que no caso que apresenta teve a principio a impressão de ruptura do ligamento de Bigelow o que depois verificou não ser exacto.

Sobre o tratamento pré-operatório nas cholecystites e nos hepaticos sujeitos á operação e sobre a therapeutica dos estados de dysfunção hepatica — DRs. DINO VANNUCCI e CAIO C. MONTAGNANA. — Considerando os estudos de Binet, Verne e Arnaudt quanto á acção das substancias que contém o radical sulphydrido sobre a pelle e figado, o emprego favoravel do enxofre no envenenamento pelo acido cyanhydrico, a semelhança entre alguns symptomas do syndroma de Addison com o da toxicose hepatica e porfim a importancia do enxofre para o mecanismo hepatico de desintoxicação, os A.A. lembram o uso do thiosulfato de sodio por via venosa no tratamen.o pré-operatório nas preparações dos cholecystiticos e dos hepaticos em geral sujeitos a intervenções cirurgicas bem como no tratamento medico dos estados de insuficiencia hepatica. Os AA. têm usado esse medicamento em um grande numero de casos, com bons resultados.

Os nervos pneumogastricos no megaesophago. Estudo de 7 casos.

— DR. EDUARDO ETZEL. — O A. tece commentarios em torno da pathogenia do megaesophago (mal de engasgo) e refere-se á theoria que responsabiiza a lesão desses nervos, como o factor pathogenico do mal. Baseado na moderna histologia normal dos vagos, critica os trabalhos anteriores que descreveram lesões deste nervo no megaesophago e demonstra como as lesões descriptas não passam de interpretação erronea de aspectos normaes. Estuda os vagos de 7 casos de mal de engasgo, mostra como em todos elles os nervos estavam normaes. Em seguida exhibe grande numero de diapositivos que não só documentam suas affirmações, como mostram as lesões neuro-pathologicas primarias do plexo de Auerbach que ultimamente descreveu nos casos de mal de engasgo. Termina affirmando que a theo-

ria pathogenica do megaesophago baseada na lesão dos vagos deve ser posta inteiramente de lado e ser considerada como verdadeira a theoria da achalasia.

Discussão. — O dr. E. Vasconcellos commenta a regressão do megaesophago experimental no cão. Acha que seria interessante verificar se a lesão do vago no megaesophago experimental traz perturbações do systema intramural e se estas perturbações regredem tambem.

O dr. Piragibe Nogueira pergunta ao A. se em estudos comparativos observou algum caso de lesão do plexo autonomo em individuos sem signaes clinicos de megaesophago, pois já viu o facto relatado por estudiosos do assumpto.

O dr. Alipio Correa Netto acha que ninguem trouxe como o A. contribuição tão clara sobre as lesões do plexo de Auerbach e sobre a relação entre os vagos e o megaesophago. Commentando a observação do dr. Piragibe Nogueira, acha que pode haver casos de lesão do plexo autonomo sem que os signaes clinicos se tenham apresentado e portanto ainda sem cardio-espasmo e sem dilatações.

O dr. Etzel diz que se aproveita da oportunidade para referir que encontrou, em trabalho experimental recente, dados sobre a influencia de secção dos vagos no plexo autonomo: as cellulas do plexo a principio sofrem a falta de influencia do vago mas as lesões são minimas e logo ha a volta ao aspecto normal, o que coincide com o desaparecimento do megaesophago. Interpreta tambem o megaesophago por secção dos ganglios cardiopneumogastricos como occasionado por lesão do plexo autonomo, o que se daria ao se praticar a retirada das fibras do vago. A achalasia do cardia provoca então o megaesophago.

Conducta cirurgica e resultados immediatos na ressecção do estomago por ulcera gastrica e duodenal — Prof. B. MONTENEGRO e DR. E. VASCONCELLOS. — Os AA. apresentam uma estatistica de 654 gastrectomias amplas por ulceras gastricas e duodenaes em que as indicações foram levadas ao limite extre-

mo de operabilidade e baseados nesse material focalizam os seguintes pontos :

1.º) Necessidade de um serviço de cardiologia para afastar os casos graves de lesões do aparelho circulatório não compatíveis com a operação.

2.º) Cuidadoso preparo pré-operatório.

3.º) Preferencia que deve merecer a anestesia tronco-regional, a qual só em alguns casos pode ceder lugar á rachidiana.

4.º) Reconstituição do transito pelo Reichel-Polya, o que traz vantagens technicas e physiologicas.

5.º) Adicionar á gastrectomia a cholecystectomy, todas as vezes que as lesões verificadas no acto operatorio a justificarem, não obstante agravar de certo modo a intervenção.

Os resultados afastados justificam a medida.

6.º) A baixa mortalidade da gastrectomia, que é operação relativamente benigna, quando bem conduzida. Nos 654 casos houve 4,5% de mortalidade, porcentagem da qual faz parte somente 1 caso de ulcera gastrica.

DISCUSSÃO. — O dr. Alipio Correa Netto diz que tem chegado a conclusões semelhantes no serviço do prof. Alves de Lima e que tambem ha tempo reconheceu a necessidade da cooperação de um cardiologista e poz em pratica a medida. Reputa sempre vantajoso trazer á discussão os resultados radicaes, porquanto não apresentam maior perigo que os conservadores quando bem dirigidos. — Dr. Piragibe Nogueira, 2.º Secretario.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE SETEMBRO

Presidente : PROF. ALMEIDA PRADO

Um caso de syphilis pulmonar

- DR. OCTAVIO RODOVALHO. — Tratava-se de um homem de 50 annos, portador de uma infiltração de toda a metade superior do pulmão direito, na parte média da qual se comprovava clinica e radiologicamente a existencia de uma cavidade com o tamanho de um ovo. Historia pulmonar chronica, aggravada ha 3 mezes, emmagrecimento, tosse e expectoração purulenta, anorexia e temperatura sub-febril. Aorta e area cardiaca bastante augmentadas de volume. Além de todos os exames de laboratorio, inclusive inoculação em cobaia, que foram negativos, a reacção de Wassermann no sangue foi fortemente positiva, o que induziu ao tratamento especifico pelo iodo e bismutho; este fez regredir todos os symptomas objectivos e subjectivos, produzindo uma fibrose cicatricial com retracção central na metade superior do pulmão. Apresenta as radiographias tiradas antes, durante e após o tratamento. Exclue a hypothese de abcesso pulmonar e chega ao diagnostico de syphilis pulmonar devido á efficacia da therapeutica especifica.

DISCUSSÃO. — O Dr. Ottobrihi Costa pergunta se foi verificada a mobilidade do diaphragma, pois a dor hepatica podia provir da irritação do phrenico em contacto com o processo pulmonar.

O dr. Paulo de Toledo diz que em summa se tratava de um estado pulmonar em um individuo seguramente syphilitico, com historia luetica no passado. Lembra que no primeiro caso, que o A. apresentara ha alguns mezes, foram levantadas algumas duvidas; em vista porem de uma radiographia que tirou depois, pôde se convencer de que se tratava indiscutivelmente de syphilis pulmonar. O caso presente não deixa duvida alguma.

O Prof. Almeida Prado agradece a apresentação de um caso tão raro da pathologia do aparelho respiratorio. Acha que o caso não pode soffrer qualquer impugnação e que a hypothese de abcesso não tem fundamento algum, porquanto este não podia se resolver sem vomica, e nem o tratamento especifico podera trazer os beneficios observados no caso.

Cotejo entre as temperaturas rectal e axillar para a avaliação da localização ou generalização de um processo appendicular agudo — DR. MARIO OTTOBRINI COSTA.

— O A. procurou verificar o valor que pode ter a comparação das temperaturas central e periphérica no estabelecimento do prognostico das peritonites appendiculares; esse estudo, que se baseou em 7 casos, foi-lhe suggerido pelo dr. Mesquita Sampaio. A temperatura periphérica é pesquisada na axilla ou virilha, onde attinge 36°4-37°, apresentando variações diarias até 0°6. A central é pesquisada na bocca ou recto, attingindo 37°6. Norma'mente, a differença é de 0°5; o limite maximo, incompativel com a vida, é de 6° (Lombroso). A medida que a differença se approxima do limite maximo, o prognostico vae se aggravando. Na segunda observação o processo localizado se generalizou: o augmen-

to progressivo da differença das temperaturas central e periphérica pôde orientar o A., mostrando a approximação do exito lethal.

DISCUSSÃO. — Prof. Almeida Prado estranha que a differença entre as temperaturas central e periphérica, por vezes bastante accentuada, não tivesse originado um symptoma predominante, o calafrio, que é sempre uma sensação penosa. Respondendo o A. que não observou tal symptoma, acha o prof. Almeida Prado que devemos então procurar outra explicação para o calafrio, differente da que se tem admittido até aqui.

O vanadio, agente anti-syphilitico — DR. JAYME R. PEREIRA. — O autor documentou o trabalho com numerosos casos observados por collegas de diversos pontos do paiz. — Dr. Roberto Pires de Campos, 2.º secretario.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE OUTUBRO

O tratamento preventivo da colica hepatica — DR. FELICIO CINTRA DO PRADO. — Após discorrer sobre as relações habituaes entre colica hepatica e cholecystite chronica, diz o A. que dentre 34 casos de cholecystite, conseguiu em 28 (ou sejam, 80%) conjurar a ameaça das colicas mediante a ampla drenagem médica biliar repetida até mesmo diariamente com a intubação duodenal e a instillação de oleo de olivas quente. Baseado em suas observações, julga que a intubação deve constituir em taes casos o tratamento clinico de escolha, contrariamente á opinião de muitos autores que a evitam, receiando despertar ou aggravar as dores com as contrações vesiculares provocadas por essa prova therapeutica. O A. salienta que nos seis casos negativos a drenagem não foi possivel porque a vesicula estava repleta de calculos, profundamente alterada ou adherente, e não regia ás excitações medicamentosas.

DISCUSSÃO. — Dr. Plinio de Lima concorda plenamente com A. Tem usado o oleo de oliva, cujos resul-

Presidente: PROF. ALMEIDA PRADO

tados são muito superiores aos do sulfato de magnesio.

Dr. Mesquita Sampaio lembra um caso de cholecystite gravissima no qual a intubação, feita a conselho do prof. Almeida Prado, trouxe beneficio extraordinario, conseguindo-se retirar mais de meio litro de bile.

O prof. Almeida Prado diz que precisamos distinguir as cholecystites calculosas das não calculosas, estas ultimas muito pouco diagnosticadas ainda. Nos calculosas a tubagem seria contra-indicada, no entender da maioria dos A.A.; nos segundos é usada correntemente pelos americanos e até pelos francezes. Ha casos de cholelithias em que a tubagem não traz beneficio, podendo haver verdadeira contra-indicação. Seria interessante que o A. tivesse feito controle radiologico. Acha que a infecção é factor innegavel na genese da cholelithias, mas o que occasiona a colica é a migração calculosa: a dilatação do ureter pela agua sob pressão produz dor differente e supportavel. O fim subito da colica está de accordo com a idéa da migração. A tubagem pode trazer

resultados notáveis, desde que os calculos não sejam demasiado grandes.

O dr. Cintra do Prado diz que dos 16 casos com resultado negativo, em 6 não foi possível fazer a tubagem repetida, nos outros 10 a grande alteração da vesícula impedia que ella se esvasiasse. As colicas após cholecystectomy, eguaes ás anteriores, parecem provar a sua natureza não migratoria. Não pôde afirmar quaes os casos que tinham e quaes os que não tinham calculos, pois uma radiographia negativa não exclue a hypothese de calculos.

Um caso de pseudo-lithiase por giardiase vesicular — DRS. MESQUITA SAMPAIO e FELIX DE QUEIROZ. — Os AA. apresentam um caso cuja symptomatologia dominante era constituída por colicas hepáticas violentas com accentuada epigastralgia e ictericia de retenção. A paciente soffria de colicas ha 30 annos, repetindo-se cada 8 annos, nunca porem com a intensidade da ultima. A fallencia dos meios therapeuticos tentados, aconselhando o tratamento cirurgico, demonstrou a presença de grande quantidade de formas vegetativas e cystos de giardias intestinaes na bile B. por punção directa da vesícula, alem de um processo de pericholecystite com peri-duodenite e extensas adherencias. Após 10 dias de convalescença a doente teve alta curada, situação que permanece inalterada, tres mezes após o acto cirurgico.

Discussão. — O dr. Rodovalho diz que a vesícula poderia ter sido drenada externamente, afim de favorecer a restituição do fígado.

O dr. Jayme Rodrigues acha que em taes casos a vesícula deve ser extirpada radicalmente.

O dr. Cintra do Prado salienta que no caso apresentado se tratava de cholecystite não calculosa e que só a therapeutica cirurgica deu resultados. Acha que estes dois factos são particularmente interessantes, pois confirmam a regra, nas cholecystites parasitarias.

O Prof. Almeida Prado diz que entre a cholecystites parasitarias a ascariotica faz excepção, pois traz

numerosos calculos, cada ovo se tornando um calculo. Segundo Chauffard a vesícula "fraise" é um estado pré-calculoso e já foi encontrado na lamblíase. Não se pode concluir pela séde vesicular apenas pela tubagem. Enquanto não se retira a vesícula não ha cura definitiva. A melhora pode ter sido devido á remoção das adherencias. Se o diagnostico não soffria duvida, devia-se retirar a vesícula.

O dr. Plinio M. Rodrigues salienta a vantagem dos exames repetidos de fezes nos casos de parasitose intestinal, não bastando um unico exame.

Dr. Mesquita Sampaio — Nestes casos o comprometimento do fígado em geral não é grave; a cholecystectomy é de facto a operação ideal. Acha que a tubagem é capaz de mostrar a séde alta da lamblíase, apenas é insufficiente para nos dizer se está na vesícula, nas vias intra-hepáticas, etc.. Responde ainda a todos os que commentaram o trabalho.

Sobre os phenomenos subjectivos consequentes ás injeções endovenosas de benzoato de sódio (Nota prévia) — DR. PLINIO DE LIMA. — O A. vem experimentando ha varios mezes os effeitos curativos do benzoato de sódio em portadores de ulcerações gastro-duodenaes. Tem observado uma serie de phenomenos subjectivos: 1.º ligeira turvação visual e leve sensação de tontura; 2.º dor epigastrica, durando 3 a 5 minutos, desaparecendo em seguida inteiramente; 3.º se a injeção é feita em periodo de crise dolorosa, a dor augmenta primeiramente de intensidade, para depois cessar completamente; 4.º irritação dolorosa no tracto venoso. Estes accidentes não se observam em todos os doentes. Com maior diluição do medicamento conseguiu diminuição do ultimo phenomeno.

O dr. H. Brisola diz ter usado o benzoato endovenoso, sem ter notado os phenomenos citados. Pensa que isso é devido á circumstancia de lavar a agulha antes de praticar a injeção.

O dr. Jayme Rodrigues cita um caso em que observou epigastralgia de intensidade pouco commum.

O dr. Cintra do Prado diz que em 50 injeções apenas observou venalgia passageira em cerca de 10%.

O dr. Fernando Fonseca lembra que a venalgia é susceptível de ser produzida por outras injeções (cyclopina etc.).

O dr. Mesquita Sampaio diz que os individuos de temperamento neurotónico são os que apresentam dores mais forte. O sangue que é aspirado coagula, e parece que a este se deve o elemento da dor.

O prof. Almeida Prado acha que os accidentes observados devem ser relacionados ao choque que qualquer injeção endovenosa traz.

Os AA assignalam que os casos em que o elemento dor é mais forte são justamente os que maiores proveitos colhem com a medicação. Talvez tudo se explique por um choque hemoclasico.

Dr. Plinio de Lima — Os phenomenos são os mesmos, quer se misture sangue quer não. A cor, embora frequente, não é constante. Acha que o remedio age pela hypersecreção de muco, que fica recobrimdo a ulcera. Experimentalmente tem-se visto que os animais supportam doses muito elevadas de benzoato de sodio. — Dr. Roberto Pires de Campos, secretario.

SECÇÃO DE GYNECOLOGIA, EM 28 DE SETEMBRO

Presidente : DR. BENEDICTO TOLOSA

Estatística do movimento clinico da Maternidade de S. Paulo, durante 14 mezes de administração — DR. BENEDICTO TOLOSA. O orador faz uma critica comparativa dos estatutos da Maternidade de S. Paulo, focalizando os elaborados em 1921 e em 1923, dando as razões que, a seu ver, representam vantagem incontestante na ultima reforma. Fala sobre os melhoramentos realizados na sua administração, entre os quaes sobresaem a reforma do escriptorio, para o qual se adquiriu aparelhamento moderno, inclusive mimeographo, adressographo e novos ficharios, reforma do elevador, aquisição de instrumental cirurgico importado directamente para a Maternidade e Instituto Baroneza de Limeira e, sobretudo, a criação do berçario para as enfermarias geraes e do qual exhibiu varias photographias alem dos novos typos de papeletas. Expõe as estatisticas que representam o movimento clinico, apontando o quanto foi pequena a percentagem de mortalidade, que foi de 1% para o Instituto Baroneza de Limeira, departamento onde tambem se faz cirurgia geral feminina, de 0,76% no serviço obstetrico das enfermarias geraes e apenas de 0,16% no serviço obstetrico de pensionistas da Maternidade. Faz projecção de um quadro estatistico levantado pelo dr. Leite Bastos, então chefe do serviço de

recem-nascidos, sobre o movimento do berçario por elle organizado. Por esse quadro se evidencia a situação invejavel dos nossos serviços em comparação com os feitos no estrangeiro. Emquanto que no berçario da Maternidade a mortalidade global, incluindo-se a de imaturos, foi apenas de 1,36%, nos serviços obstetricos mais afamados, como os das maternidades prussianas, foi de 3,15% nos da Westphalia de 6,3% e nos de Dülsserdorf de 4,05%. Le a estatistica das intervenções obstetricas, no serviço geral, salientando a introdução da symphysiotomia de Zarate, promettendo trazer opportunamente, um estudo critico desta intervenção. Aborda a parte financeira, que julga excellente, pois, em 7 de Julho de 1934, ao deixar a direcção, por força de sentença judicial de primeira instancia, ficou á disposição dos novos dirigentes a quantia de 88:190\$200 (oitenta e oito contos, cento e noventa mil e duzentos reis) sendo, 15:285\$000 nos cofres da Maternidade, 52:905\$200 nos Bancos Commercio e Industria e City Bank, mais 20:000\$000 á disposição no Thesouro do Estado pelo aluguel já vencido da parte onde se localiza a Clinica Obstetrica. Verifica-se pelo balanço que expoz, ser optima a situação financeira da Maternidade, pois, embora tenha dado, nos quatorze mezes de sua administração,

assistencia gratuita a 4.247 mães pobres, tinha a pagar na praça até ao dia 7 de Julho de 1934, a quantia de 59:402\$170 o que significa, pagas todas as dividas inclusive as do consumo do referido dia 7 de Julho, a existencia de um saldo liquido de 28:787\$230. Salienta que esta situação resultou do emprego equilibrado das rendas da Maternidade e que foram convenientemente applicadas nos melhoramentos que mais se impunham e conservação do patrimonio. Durante o periodo de sua administração só houve um donativo de vulto no valor de 2:000\$000, feito em memoria de Dino Crespi, sendo os demais representados em peças que foram utilizadas no berçario. Quanto aos auxilios publicos, durante esse tempo a Maternidade teve apenas a renovação do calçamento de suas alamedas, pela Camara Municipal e a quantia de 10:000\$000, subvenção federal, não tendo sido recebido, durante esse periodo qualquer auxilio da Commissão de Assistencia Social do Estado, nem quaesquer doações testamentarias.

Discussão. — Dr. Edgard Braga, pedindo a palavra diz que, de certa forma seria suspeito para falar, commentando o brilhante relatorio do dr. Tolosa, sobre a sua gestão na Maternidade de S. Paulo, porque como se sabe e é notorio elle, dr. Braga, pertence á luminosa escola obstetrica da Faculdade de Medicina de S. Paulo, onde o dr. Tolosa é um motivo de gloria, honrando aquella casa, pelo seu valor pessoal e de tecnico perfeito. Sente-se no entretanto, bem, para dizer algumas palavras sobre aquelle relatorio, pois

entende que em uma Sociedade é que se deve fazer justiça a quem administrou uma instituição que ha 25 annos vem dando os melhores beneficios á parturiente. O dr. Tolosa provou que, a par de uma technica perfeita, havia entre os collegas que o circumdaram, uma união perfeita, na assistencia á mulher e á infancia. O dr. Tolosa, continua o dr. Braga, fez a confissão da verdade e da justiça durante a sua administração e pensa que não se deve empanar a luz da verdade e "o que está escripto, está escripto". O que se diz não se desfaz mais. O dr. Braga pede que este relatorio seja publicado na Revista para que não pairrem duvidas sobre este grupo de technicos que se têm sacrificado para o bem de S. Paulo.

Dr. Pirajá, fazendo uso da palavra, diz que nenhum melhor do que elle podia se sentir á vontade para felicitar e agradecer ao dr. Tolosa, por ter trazido este trabalho á Sociedade. Diz que, para elle, isto era inutil, pois conhece de sobra a pessoa do dr. Tolosa como cientista correcto e como homem. Pede que torne mais ampla a publicação desse relatorio, para que seus amigos possam fazer justiça sobre algumas duvidas que por ventura houver.

Dr. Tolosa agradece esses comentarios, que foram palavras de amigos. Diz que protesta contra os adjectivos applicados, que mereceriam, antes, ficar nas proprias pessoas que os applicaram. Ficou satisfeito por ter trazido a publico o movimento da Maternidade de S. Paulo durante a sua gestão. — Dr. Mayerá Junior, 2.º Secretario.

SECÇÃO DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA, EM 17 DE SETEMBRO

Presidente: DR. HOMERO CORDEIRO

Um caso de reconstituição total do nariz — DR. ANTONIO PRUDENTE. — O A., que apresentou o doente, inicia o seu trabalho, fazendo a classificação das rhino-neo-plasticas em totaes e parciaes, citando a opinião de Joseph que acha que á restauração total do appendice nasal,

no sentido verdadeiro da palavra, deve-se dar o nome de rhino-neo-plastica, sensu strictissimus. Estuda em seguida a evolução da technica operatoria desde as epochas mais remotas (1.000 annos antes de Christo) em que na India os Komaas reconstituíam os narizes dos condemnados

á ablação nasal, até os nossos dias, fazendo referencia aos methodos — indiano, do enxerto livre, de Branca e de Tagliacozzi. Fala sobre o processo de Dieffembach, que inaugurou o revestimento interno, melhorando consideravelmente os resultados. Continuando, passa a falar sobre os estudos de Ollier e v. Rangenbeck, que foram os primeiros a incluir no enxerto cutaneo um arcabouço solido; fala sobre os processos de Franz König, Nelaton, Formamitti etc.. Fala em seguida sobre o contingente trazido pela Grande Guerra de que se aproveitaram os cirurgiões europeus, principalmente Joseph, que evoluiu de tal modo, a ponto de alguns dos seus casos serem verdadeiramente maravilhosos. O caso apresentado pelo A. é o de uma senhora de 34 annos, portadora de um epithelioma baso-cellular do nariz, e que submettida ao tratamento pelos Raios X e radium foi peorando até perder quase todo o appendice nasal. O tratamento feito foi o seguinte :

1) Extirpação electro-cirurgica dos restos nasaes, inclusive metade anterior do septo cartilaginoso.

2) Retirada da 8.ª cartilagem costal esquerda por meio de uma incisão acompanhando o sentido de seu comprimento. Anesthesia local. Inclusão do fragmento cartilaginoso, após preparação conveniente, sob a pelle da região frontal, numa direcção de cima para baixo, e de fora para dentro. Anesthesia local.

3) Tempo principal. O revestimento interno é conseguido por meio de 2 retalhos cutaneos virados com sua face cruenta para fora da bochecha, acompanhando os sulcos naso-genianos e o resto da pelle que recobre os ossos proprios. E' feito um pequeno retalho vertical na parte media do labio que é revirada para cima. Em seguida é baixado um retalho frontal com as dimensões da ferida a cobrir contendo a cartilagem enxertada (este retalho tem um prolongamento na parte media e distal que vae corresponder ao sub-septo). A perda de substancia é immediatamente recoberta por um enxerto livre de pelle total obtido da parede abdominal. Avertina como anesthetico — 0,01.

4) Abaixamento da ponta a Dieffembach — Anesthesia local.

5) Reconstrução do sub-septo. Anesthesia local.

Finalmente o A. tece comentarios sobre o caso, mostrando que o methodo indiano tem a vantagem de offerecer maiores garantias quanto á nutrição do retalho e maior commodidade com respeito á adaptação do mesmo. Alem disso a perda de substancia frontal recoberta pelo enxerto total de pelle depois de um anno, tem um aspecto quase identico ao da pelle vizinha.

Lembra ainda que por se tratar de um caso de cancer, a preocupação de esthetica é secundaria, pois acha que a cobertura dos tecidos de onde foi extirpado um tumor maligno, age como verdadeira protecção contra uma recidiva.

No caso presente ha perfeita permeabilidade das fossas nasaes e o novo nariz possui todos os elementos de um nariz normal.

Discussão. — O Dr. Rebello Neto inicia dizendo que se congratula com o meio medico de S. Paulo, pelos progressos verificados na cirurgia plastica. No entretanto discorda de alguns pontos do trabalho do dr. Prudente, principalmente no que diz respeito ao tempo que medeia entre a cicatrização da ferida resultante da extirpação do cancer e a plastica. Acha que se deve dar um prazo maior — 6 mezes a um anno — afim de verificar a hypothese de uma recidiva nos bordos da ferida, porque assim se evitaria perder o trabalho de paciencia e soffrimento do doente e do medico. Outra particularidade focalizada pelo dr. Rebello é a questão da technica operatoria empregada. Diz que no caso do dr. Prudente, houve mutilação do sulco labio geniano e uma cicatriz grande na região frontal. O A. preferiu o processo indiano, quando elle preferiria um processo que não sommasse uma mutilação á ja existente, isto é a modificação de Gubler, descripta por diversos autores e usada na Clinica Mayo, a qual é descripta com minucias. No mais, está de accordo com o A. a quem felicita calorosamente.

O dr. Antonio Prudente responde ao dr. Rebelo dizendo que o collega focalizou os pontos mais importantes do seu trabalho. Diz que a questão de recobrir logo a ferida da exeresse do cancer é importante, por se pensar que esse trabalho lento e de grande responsabilidade pode se inutilizar, uma vez que o tumor recidive sob a plastica. Mas ja observou cuidadosamente esse facto, chegou á conclusão que os retalhos tinham uma acção protectora, e é por isso que os fez um pouco precocemente. Ja viu 18 casos curados assim, com o revestimento precoce. Tem 8 casos de recidiva, precoce não local e sim a distancia. (Talvez metastases). Ja teve um caso em que o tumor recidivou localmente, porem neste o doente se havia recusado a fazer plastica. Permanece no seu ponto de vista portanto: acha que a ferida resultante da exeresse do tumor constitue sempre um ponto de partida para uma recidiva, e que o enxerto age sempre como protector.

Sobre a questão do processo de enxertia usado, diz que não quiz retirar um retalho do braço afim de não augmentar os soffrimentos da doente que assim teria de, durante algum tempo, andar com o braço collado á cabeça.

Mucocele Ethmoidal — Dr. GUEDES DE MELLO FILHO. — Trata-se da observação commentada de um caso de mucocele ethmoidal que occupava mais da metade da cavidade orbitaria e cuja evolução accarretara glaucoma secundario, exigindo por parte do oculista a evisceração do globo. O diagnóstico clinico foi confirmado pelas provas complementares — punções e analyse de liquido, radiographia simples e radiographia com meios de contraste. Referindo-se ao diagnostico durante a phase inicial, o A. chama a attenção para os trabalhos de Gignoux e Arcelin. No periodo de exteriorisação, em que a symptomatologia é mais precisa, a mucocele tem sido entretanto confundida com outras entidades morbidas, consoante diversas observações registadas na literatura especializada. O A. encarece o valor dos meios complementares de diagnostico, aprecia as suas respectivas

vantagens e assignala que a punção, manobra de facil pratica, deve sempre ser empregada para evitar as causas de erro e trazer esclarecimento aos casos duvidosos.

A radiographia com meio de contraste constitue um meio apurado de diagnóstico topographico, de resultados interessantes, mas que muito raramente tem sido utilizada.

Pelo exame histopathologico, verificou-se néo-formação de traves oes, por metaplasia do tecido conjunctivo. A mucosa das cellulas ethmoidaes, muito espessada, formava a capsula do kysto. Nem sempre conforme affirmam os classicos, as complicações occulares determinadas pela mucocele desaparecem total e rapidamente após a intervenção cirurgica. Ha casos na bibliographia principalmente na ophtalmologia de perturbações graves, as vezes irreparaveis. O glaucoma todavia não tem sido referido como complicação da mucocele. Admitte o A., baseado na opinião dos seus collegas ophtalmologistas, a hypothese do glaucoma resultar de uma uveíte ou de uma neurite dos ramos ciliares posteriores provocadas, por seu turno, pelo desenvolvimento do tumor liquido peri-orbitario.

DISCUSSÃO. — O dr. Francisco Hartung acha interessante a communicação do dr. Guedes de Mello, não só pela raridade do caso, como tambem pelo processo radiographico empregado. Pede explicações sobre a anesthesia. No tocante ao diagnostico differencial, acha que o A. devia falar sobre as lesões congenitas, as quaes, como salientou, têm ainda alguns pontos obscuros. Em seguida cita o caso de uma moça que apresentava uma zona de compressão tumoral, no canto interno do olho; a rhinoscopia nada elucidava. A punção deu um liquido albuminoso. Esta moça melhorou, com o tratamento anti-luetico, de modo que acha que no seu caso se tratava de uma gomma e não tendo sido operada pelo facto de nunca se ter sugitado a paciente a uma medida radical. Lembra finalmente que o A. deveria para completar o seu trabalho, trazer algumas photographias.

O dr. Rubens V. de Britto relata um caso, ainda sem tratamento que apresenta alguns pontos communs com a observação do A. O doente lhe havia sido encaminhado pelo oculista, e apresentava um tumor ao nível da parede lateral do nariz e a região vizinha da face. A primeira parte do tratamento consistiu na therapeutica antiphlogistica, pois a impressão do ophtalmologista era de que se tratasse de um phlegmão do sacco lacrimal. De facto o processo agudo cedeu, mas restou uma infiltração da região, dura, resistente, ossea. A rhinoscopia mostrava apenas uma tumefacção ao nível do corneto inferior. Não havia secreção. A radiographia revelava ausencia de transparença das cellulas ethmoidaes e maxillar do mesmo lado. Fez a punção maxillar, que foi de resultado negativo. Apesar de ficar em duvida sobre o diagnostico exacto, e a negatividade da reacção de Wassermann, resolveu fazer o tratamento anti-luetico, tendo colhido resultados bastante favoraveis. Termina, felicitando o autor.

O dr. Homero Cordeiro acha raro o caso do dr. Guedes de Mello Filho motivo pelo qual o felicita.

O dr. Guedes de Mello Filho, ao encerrar a discussão, diz ao dr. Hartung, que o paciente supportou muito bem a intervenção, sob loco-anesthesia. Não fez a anesthesia do ethmoidal posterior, porquanto os pontos de referencia eram falhos, dada a anarchia anatomica causada pela expansão do tumor. O caso do dr. Hartung, em que o diagnóstico oscilla entre gomma e mucocoele, corrobora o que acaba de dizer. Julga que a punção seguida do exame chimico e microscopico do liquido, e a reacção de Wassermann no sangue, serão de muita utilidade para esclarecimento do caso. No attinente ao diagnostico differencial da mucocoele, ha ainda outras entidades morbidas que podem ser consideradas (cystos dermoides, hydatikos, meningoencephalocoele, mucocoele lacrimal, etc.) Seus caracteres particulares entretanto, mais difficilmente se prestam a confusão.

A observação do dr. Britto tambem vem em abono do que acabou de dizer. A regressão do tumor, após tratamento iodado, conduziu ao diagnostico de lesão especifica, embora a principio houvesse suspeita de mucocoele pelos signaes physicos presentes. — Dr. Rubens V. Britto, 2. secretario.

SECÇÃO DE OTO-RHINO- LARYNGOLOGIA, EM 17 DE OUTUBRO

Sobre um caso autochtone de rhino-escleroma. — DRS. LUIZ DE SALLES GOMES, ABILIO MARTINS DE CASTRO e MARIO OTTONI DE REZENDE. — Os AA. apresentam documentação brilhante e farta, bacteriologica, histologica e anatomopathologica, de um caso autochtone, de rhinoscleroma, em um individuo preto, que nunca havia sahido de S. Paulo. Pedem licença para não entrar em maiores detalhes, porque, o seu trabalho sahirá publicado na integra.

Discussão. — O dr. H. Paula Santos diz que, por especial obsequio do dr. Martins de Castro, acompanhou de perto o caso, e que o doente havia sido em primeiro lugar observado no Serviço do prof. Paula San-

Presidente : DR. HOMERO CORDEIRO

tos, onde a sua observação fôra feita pelo dr. Nova. Não está de accordo com os AA. quando elles dizem que se trata de um preto. Julga antes um mestiço. Termina citando bibliographia.

O dr. Ribeiro dos Santos lembra alguns trabalhos sobre o assumpto : um, do dr. Machado, que observou um doente de Ribeirão Preto, outro, do dr. Terra, no qual são relatados 8 casos, que não pode affirmar, si autochtones.

O dr. Roberto Oliva refere-se a um autor citado pelo dr. Mario Ottoni, que inoculou o rhinoscleroma em diversos animaes, conseguindo reacções inflammatorias e granulosas. Diz que é uma molestia com periodo de incubação demorada como

a lepra, e que por isso chega a pôr em duvida a especificidade do bacillo de Frick.

O dr. Mario Ottoni de Rezende, encerrando a discussão, diz que recebeu o doente na Santa Casa e que ignorava que o mesmo havia sido observado por outro collega, pois neste caso deixaria ao collega a sua apresentação, pois nestas condições é de ethica absoluta. Fala em seguida sobre as idéas do dr. Salles Gomes em relação á inoculação da molestia e sobre as qualidades do bacillo de Frick que alguns autores não consideram como agente etiologico do rhinoscleroma. Diz que entretanto é interessante que as culturas obtidas no caso apresentado foram puras e que os cortes histopathologicos tambem o evidenciaram, de modo que se não é elle o causador da molestia, pelo menos exercia um papel de preparador do terreno. Diz finalmente que os casos que pôde collectar, foram em numero de 8, exclusive o seu, e não sabe affirmar se os do dr. Terra estão ahi catalogados ou não.

Tumores do naso-pharynge — Drs. CARLOS GAMA e PAULO DE ALMEIDA TOLEDO. — Os AA. apresentam 2 casos de carcinoma do nasopharynge. invadindo o seio esphenoidal e a base do craneo, com phenomenos accentuados de compressão nervosa. Fazem o estudo clinico e radiologico, salientando a importancia da verificação da mucosa do naso e buco-pharynge, para o estabelecimento do diagnostico. Para essa, fim o dr. Paulo de Almeida Toledo sugere a embebição da mucosa, por um meio opaco aos raios X (Lipiodol) sem inconvenientes para os doentes. São projectadas radiographias do aspecto normal do pharynge dos casos pathologicos em questão.

Discussão — O dr. Vicente de Azevedo felicita os autores e lembra ao dr. Paulo Toledo que a sua idéa já havia sido posta em pratica por Portz, o que aliás não desmerece a sua originalidade. Esse A. idealizou um método de contraste para as cavidades nasaes. Termina falando sobre detalhes da technica do método do Dr. Paulo Toledo e dizendo que já teve occasião de mandar fazer

varias radiographias pelo método de Portz.

O dr. Mangabeira Albernaz diz que teve grande interesse em verificar se o dr. Paulo de Toledo havia empregado o método de Portz, sobre o qual o dr. Azevedo acabava de se referir. No entanto acha que um método nada tem a ver com o outro, pois no de Portz exvasia-se a cavidade e se a enche com oleo isolado, por meio de um appareho especial, isto com 2 fins: verificar o tempo que leva para ser expulso do seio e tirar uma radiographia afim de se ver o delineamento do seio. A posição da cabeça varia conforme o seio em questão. Diz que na 1.^a chapa mostrada pelo dr. Paulo de Toledo poder-se-ia usar o método de Portz, porem não sendo preciso por ter sido substituido pelo engenhoso método do jovem collega; método esse que reputa logico e original, pois que não ha nada a respeito do emprego do oleo iodado commum para a verificação do desenho da mucosa pharyngea. Termina dizendo que pretende trazer a proxima sessão, um trabalho sobre o método de Portz.

O dr. Antonio Prudente projecta algumas photographias de casos de tumores do rhinopharynge e adjacencias, que foram operados por elle, relatando um caso de cura.

O dr. Roxo Nobre diz que o dr. Gama se referiu, quando falou sobre o 1.^o caso, á evolução mais rapida do tumor em consequencia da sua exposição aos raios X, ao se fazerem as radiographias. Quer fazer a respeito, 2 objecções: a primeira é que tal dose de irradiação não é sufficiente para influir na evolução do tumor e a segunda é que as doses empregadas para o tratamento foram macissas, não se podendo admitir uma reactivação do tumor.

O dr. Homero Cordeiro felicita o dr. Paulo de Toledo pelo seu engenhoso método.

O dr. Carlos Gama, respondendo, diz que acha sob o ponto de vista neurologico, o caso apresentado, de muito interesse pelo facto de haver uma série de nervos lesados typicamente: trigemio, motor ocular commum e glosso-pharyngeo, o que dá tambem uma idéa da extensão do

tumor, na base do crâneo, como aliás mostra a radiographia. Esta em desacordo com o dr. Roxo Nobre quando este diz que os raios X não têm influencia sobre os tumores, accrescentando que já apresentou um trabalho sobre os efeitos maleficos e beneficos dos raios X. Termina dizendo não estar convencido de que a radiotherapia cure os carcinomas plano-cellulares.

O dr. Paulo de Toledo, encerrando a discussão, diz que dada a pressa que o dr. Carlos Gama tinha em apresentar o caso, não teve tempo de consultar a bibliographia, não sabendo si outros já tinham empregado methodo semelhante ao seu.

Acha que o dr. Prudente tem razão em salientar o facto dos tumores se estenderem rapidamente na base do crâneo. Leu recentemente um artigo em que o A. chama de craneopharyngeomas a todos esses tumores, englobando-os sob o ponto de vista clinico em syndromas.

Considerações em torno de um caso de otite media aguda, complicada de thrombose do seio lateral. Septico-pyocemia. Operação e sequencia. — DRS. RIBEIRO DOS SANTOS e HORACIO PAULA SANTOS. — Os AA. examinaram as seguintes questões :

1) A gravidade imprimida ao caso, pela acção conjugada do estreptococco hemolyticus e da má reacção do organismo.

2) A via pela qual se propagou o processo infeccioso, da caixa á mastoide e desta ao seio lateral..

3) Porque o thrombo foi a principio asptico e depois septico.

4) A probabilidade da grande extensão do thrombo ser devida a um augmento da coagulabilidade do sangue e a desvantagem que haveria no emprego de anticoagulantes.

5) Como pouda a obstrução da veia emissaria produzir edema atraz do bordo posterior da mastoide.

6) O facto da septicopyocemia não se ter reflectido sobre o graphico da temperatura.

7) O resultado negativo de uma primeira hemocultura quando a septicemia já era manifesta.

8) A lucidez de consciencia sempre conservada pelo doente.

Discussão. — O dr. Raphael da Nova faz algumas considerações theoricas sobre o trabalho, referindo-se sobre a falta de reacção macroscopica da parede do seio. Fala sobre o papel de espelho exercida por esta, no processo que se verifica na caixa do tympano; no caso em apreço a parede estava aparentemente normal, do ponto de vista macroscopico. Julga que esse facto se explicaria por uma deficiente reacção do tecido peri-sinusal devido a um processo de grande toxidez. Outro facto que quer frizar é a questão do tratamento. Refere-se a escola dos intervencionistas que procuram evitar que o thrombo se espalhe pelo organismo, fazendo a ligadura da jugular. Termina fazendo considerações anatomicas e de pathologia sobre a irrigação nervosa do crâneo.

O dr. Homero Cordeiro diz que acompanhou com interesse o caso, em que se tratando de septicemia achou conveniente trazer uma pequena nota sobre o que se tem feito nestes casos, no estrangeiro. Quando estava em foco o estreptococco hemolytico, antigamente se dava o caso como perdido. No entanto, hoje, se conseguem resultados brilhantes não só com a immuno-transfusão, como tambem com o soro de Vincent. O primeiro processo consiste em reconhecer o germen causador da infecção, fazer uma vaccina e inocular a no doador escolhido, em dose fraca (200 milhões de germens), retirar depois o sangue deste e injectar no paciente. Outro processo é o de injectar Propidon no doador e 8 horas depois retirar o sangue deste e injectar. O soro anti estreptococcico de Vincent foi apresentado á Academia de Pariz em 1932 pelo seu autor. É o soro desalbuminizado, anti-tetico; injecta-se 100 cc. diarios: 50cc. de manhã, sendo 25cc. por via indovenosa e 25cc. por via intramuscular, e 50cc. á tarde, da mesma forma. Diz que com este processo têm sido salvos muitos doentes em estado desesperador. Faz um apello aos nossos Institutos Sorotherapicos para que procurem saber ou informar-se do preparo deste soro, para que nós o tenhamos á mão.

O dr. H. Paula Santos responde que o caso apresentado era de gran-

de responsabilidade, porque se tratava de um joven em vespas de seu casamento. Focaliza o facto de ter a familia feito criticas severas, por ter sido praticada a paracentese inicialmente. O que chamou a attenção para a gravidade do caso foi a febre e o signal de Griesinger, o que fizeram com que se interviesse no

12.º dia de molestia. Esse facto demonstra a virulencia do germen em questão. Tudo correu como se devia esperar e o exito lethal não trouxe surpresa alguma. Termina dizendo já ter visto referencias á cura de septicemias com o sôro de Vincent. — Dr. Rubens V. Britto, 2.º secretario.

SECÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 5 DE OUTUBRO

Presidente : DR. ADERBAL TOLOSA

Tumor cerebro-parietal direito, operado com exito — DR. CARLOS GAMA e PROF. E. VAMPRÉ. — O A. depois de fazer uma synthese da observação neurologica, desenvolveu a parte cirurgica servindo-se de projecção de desenhos dos tempos operatorios. Chama a attenção para o emprego que fez da Serra de Gigli na reunião dos orificios feitos com o trepano de De Martel para a craniotomia. A serra de Gigli permite a secção do osso em bisel que depois, na reposição do retalho, terá a vantagem de impedir o afundamento do retalho osseo e compressão consequente da massa cerebral pelo proprio retalho osteoplastico. Projecta depois radiographias chamando a attenção para os numerosos "clipes" metallicos usados durante a intervenção para a hemostasia. A doente que apresentava ainda um syndroma maniaco, exigindo por isso anestesia geral, teve, com a intervenção o seu estado psychico aggravado. Hoje encontra-se melhor psychica e neurologicamente. O exame anatomo-pathologico do tumor retirado revelou tratar-se de "Gliose isomorpha".

Estudo critico das classificações brasileiras das molestias mentaes — DR. JAMES FERRAZ ALVIM. — O A. passa em revista de um modo synthetico e historico da medicina mental desde Hippocrates, 460 A.C. Lembra as idéas de Pinel, Esquirol e Wielis (1672), as idéas de Descartes sobre a glandula pineal como sede da alma e a theoria de Kant sobre o ponto geometrico. Entrando no capitulo das classificações diz que para a França os "Annaes Medico-Psychologicos" são as melhores fontes de estudo, pois que distam de 1843,

epoca que marca o inicio scientifico da psychiatria gauleza. Refere-se o A. á evolução das classificações psychiatricas inglezas e italianas e depois aborda o problema da Medicina Mental no Brasil. Lembra as classificações brasileiras de Marcio Nery, de Teixeira Brandão, justamente considerado o pae da psychiatria nacional, de Franco da Rocha, em S. Paulo, e de Afranio Peixoto, no Rio. Finalmente aborda a classificação actualmente em vigor, proposta pela Sociedade Brasileira de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal, dando um quadro e discutindo cada um dos 14 grupos daquella classificação. Acha-a incompleta e propõe um grupo á parte para as psychoses traumaticas, e outro para as psychoses thyreoidéas. Basea-se, como diz, no estudo etiologico, symptomatico, evolutivo, anatomico e physiologico de cada affecção mental.

Discussão. — O dr. Fausto Guerner diz que é antiga e duradoura a discussão á respeito das molestias mentaes e sua classificação e os debates a respeito não têm trazido vantagens. A classificação brasileira tem mais de 14 annos e existem classificações bem mais interessantes, por exemplo, a ultima de Kraepelin. Nesta já apparecem os grupos propostos pelo dr. Alvim e que tambem foram propostos pelo dr. Roxo. Continua o dr. Guerner dizendo que na classificação brasileira existe um inconveniente que não foi considerado pelo A. E' a missão de classificar o delirio allucinatorio chronico de Roxo, como grupo a parte. E' um grupo de importancia restricta deante dos outros grupos da classificação. Noutros termos, a sua frequencia deante dos

demais talvez não chegue a 1%. Emfim considera o dr. Fausto Guerner que no grupo 9 da classificação brasileira das molestias mentaes caberiam muito bem as psychoses traumaticas propostas pelo dr. Alvim e no grupo das psychoses auto-toxicas as psychoses thyreoideanas.

Commentando tambem o trabalho o dr. Aderbal Tolosa lembra que após o recente Congresso Brasileiro de Neurologia e Psychiatria, realizado na Capital Federal durante as festas commemorativas do jubileu do prof. Austregesilo, foi designada uma commissão para a revisão e o estudo da classificação brasileira das molestias mentaes, e, assim sendo, acha que os interessados devem enviar as suas contribuições para a resolução do assumpto.

Respondendo ao dr. Fausto Guerner diz o dr. Alvim que apesar de raros conhece casos de delirio alucinatorio de Roxo e que, considerando trabalhos recente, sobre os quaes possui separatas que põe ao dispor dos ouvintes, mantem o seu ponto de vista.

Considerações sobre o emprego dos extractos cerebraes nas reacções do desvio do complemento para o diagnostico das affecções neuro-lueticas — DR. OSWALDO LANGE. — O A. faz ligeiro historico dos trabalhos apparecidos modernamente sobre o assumpto orientando-se pelos da escola allemã de Heidelberg. Começou a praticar no Serviço de Neurologia da Faculdade a reacção de Wassermann no sangue dos syphiliticos, conforme a technica usual, servindo-se, alem dos extractos communs, dos extractos cerebraes. Realmente encontrou, conforme os A.A., que na lues parenchymatosa a reacção de Wassermann é positiva com os dois extractos e nos casos de lues meningo-conjunctivo-vascular ella é negativa com os extractos cerebraes. O methodo foi proposto para a distincção das duas formas de neuro-lues e dahi a sua importancia manifesta. Refere o A. que o methodo não é absoluto mas dá indicios muito nitidos sobre a questão. Depois de projectar diversos quadros elucidativos das suas pesquisas conclue dizendo que o fim da apresentação do

trabalho era collocar os especialistas ao par destes methodos. Doravante iria dar o resultado do Wassermann no sangue dos doentes que lhe fossem enviados, praticado com outros extractos e com extractos cerebraes e por isto chamava a attenção dos collegas para que não interpretarem como Wassermann negativo o que significava lues meningo-conjunctivo-vascular.

DISCUSSÃO. — Dr. Henrique Mindlin fala elogiando o trabalho e perguntando qual o comportamento da reacção de Wassermann com extracto cerebral nos casos de gomas do nevraxe. A seguir propõe, dada a importancia dos estudos, que o trabalho fosse publicado na Revista da Associação.

O dr. Francisco Salles tambem elogiou o trabalho dizendo que no Instituto Penido Burnier procurará fazer tambem a reacção de Wassermann com extractos cerebraes, principalmente naquelles casos de nevrite optica e atrophia simples das pupilas.

O dr. Fausto Guerner disse que, diante destes estudos, talvez se possa prever a evolução da syphilis parenchymatosa pré-clinica e ainda os resultados therapeuticos se duradouros ou não. Lembra ainda que da exposição do dr. Lange resaltou o ponto referente á negatividade da reacção de Wassermann conforme o processo usual e do L. C. R. após a malariotherapia. Esta negatividade existe e pode ser absoluta nos paralyticos geraes após a malarização e este facto precisa ser focalizado, pois muito psychiatras duvidam delle. Com referencia a um caso exposto pelo dr. Lange, diz ainda o dr. Fausto Guerner que a ausencia da taxa elevada de glycose no liquor não invalida o diagnostico da encephalite lethargica, como poderia transparecer das palavras do autor.

Continuando a discussão o dr. Tolosa lembra a possibilidade de reacções com extractos dos nervos periphericos, o que seria interessante, por exemplo, no estudo da pathogenia da tabes.

Finalmente responde o dr. Oswaldo Lange agradecendo as referencias elogiosas feitas ao trabalho, alegran-

do-se de ter o mesmo despertado tanto interesse. Respondendo ao dr. Mindlin diz que não estudou o Wassermann em casos de gomas cerebraes mas tem a convicção que praticado com extractos cerebraes a mesma seja negativa, pois que não se trata de um processo parenchymatoso, a não ser que se trate, por exemplo, de P.G. com pequenas gomas disseminadas. Nestes casos, sim, a reacção de Wassermann com extractos cerebraes torna-se positiva.

Respondendo ao dr. Guerner, diz o dr. Lange que realmente o maior valor da reacção é no que se refere ao prognostico e neste particular

lembra um caso, da Enfermaria do Prof. Vampré, malarizado, mas cujo prognostico é severo devido á forte positividade da reacção em aprego. Diz ainda, passando para a questão da taxa de glycose no L.C.R. dos encephalíticos, que em geral, conforme os autores, a hiperglycorachia é symptoma da E.L. mas como symptoma pode deixar de se apresentar em casos comprovados da molestia de von Economo. Para terminar diz que o dr. Aderbal Tolosa tem muita razão no que disse, pois trabalhos recentissimos já trazem estudos neste particular com extractos de raizes nervosas.

SECÇÃO DE PEDIATRIA EM 12 DE OUTUBRO

Presidente : DR. MARGARIDO FILHO.

Sobre um caso de doença de Ferr
DR. MIGUEL MIRISOLA. — Trata-se de uma criança de 2 annos e 4 mezes. Adoeceu aos 25 mezes com diarrhea, anorexia rebelde, coriza renitente, grande perda de peso (2,650) em 4 mezes). Mais tarde appareceram-lhe phlyctenas que rompiam, descamavam e davam prurido intenso. Sudorese abundante, hypothermia notavel, insomnia, extremidades geladas, e roseas — tachycardia e conjuntivite com photophobia. Agora já no 8.º mez a evolução de todos estes signaes estão amainados. Discute as possibilidades diagnosticas e conclue tratar-se da doença de Ferr. Em seguida apresenta a doentinha, que foi examinada por todos os presentes.

O tratamento do empyema pleural — DR. GOMES DE MATTOS. — Inicia o autor fazendo leves considerações de ordem geral sobre o tratamento das pleurizes purulentas nas crianças e insistindo sobre a mortalidade elevada das crianças abaixo de 3 annos submettidas sem determinados cuidados prévios ao acto cirurgico. Passa em seguida a expor os resultados com o methodo das punctões, acompanhado de injeção de ar e lavagens de optoquina. Expõe 12 observações acompanhadas de documentação radiologica. Mostra as vantagens e desvantagens do methodo e conclue deante dos resultados colhidos, sobre a idoneidade do methodo como capaz, por si só de curar uma alta porcentagem dos doentes sem os riscos a que se submettem com o tratamento cirurgico.

Sociedade de Ophtalmologia de São Paulo

SESSÃO DE 5 DE OUTUBRO

Preidente : DR. PEREIRA GOMES

Methodos cirurgicos de extracção da cataracta — DR. MIGUEL NOGUEIRA. (Campinas) — O autor, após referir a evolução dos methodos cirurgicos de extracção da cataracta, detem-se no processo do erisiphaco de Barraquer, descrevendo minuciosa-

mente a sua technica e as modificações que emprega.

Faz o estudo comparativo desse processo e do processo de Elshnig, mostrando as vantagens do primeiro.

Termina apresentando á Sociedade um doente operado recentemente.

Organização de classes para amblyopes — DR. MOACYR E. ALVARO. — O A. após fazer um historico da questão das classes para educação de pessoas cuja visão reduzida impede o estudo em classes normaes, mas é sufficiente para aproveitar o ensino ministrado em condições especiaes, estuda a organização dessas classes nos diversos paizes, discutindo as varias faces do problema: selecção de alumnos, methodos de ensino, localização das classes, etc. Refere os resultados obtidos do ponto de vista educacional e ophthalmologico, suggerindo, por analogia com a nomenclatura americana, a denominação de "classes para conservação da visão", nome muito mais expressivo e compreensivel.

Termina evidenciando as vantagens dessas classes, que permitem o estudo ás pessoas portadoras de lesões visuaes sem agraualas e comunica a organização de uma classe nesses moldes annexa á Enfermaria de Santa Luzia, na Santa Casa, que o A. deseja tornar o nucleo de onde partam novas classes a serem fundadas, em numero sufficiente para a educação conveniente dos amblyopes.

Novo typo de vidro de contacto — DR. A. BUSACCA. — Diz o A. que nestes ultimos annos os vidros de contacto, fabricados desde 1889, entraram na pratica clinica por intermedio da Casa Zeiss. Mostra depois um outro typo de vidros de contacto, "focaes", estudados por Gualdi e construidos zla firma Fabre de Florença.

Estes vidros de contacto são muito mais simples que os de Zeiss, pois são vidros de uma só curvatura, correspondente á curvatura escleral. A caixa de prova para um olho tem seis vidros. O emprego é simples; escolhe-se um vidro bem tolerado pelo olho e mede-se a refração desse olho; manoa-se fazer um v.dro de face posterior igual á do vidro de prova e de face anterior com a refração medida. Este typo de vidro, pelad iminuição do custo da caixa de prova e pela facilidade de emprego, é vantajoso na pratica; mas o A. faz resalvas quanto á sua maior tolerancia que os de Zeiss, posto que não os tenha empregado por tempo sufficiente para a comparação. Esta communicação mereceu comentarios de varios collegas. — Dr. Jacques Tupinambá, 2.º secretario.

Escola Paulista de Medicina

CONFERENCIA DO DIA 10 DE NOVENBRO

O tratamento do cancer pela electro-cirurgia — DR. MARIO KROEFF. O A. livre-docente da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro realizou a sua conferencia sobre o moderno tratamento dos tumores osseos pela electro-cirurgia.

De início o A. projectou uma serie de aspectos impressionantes de tratamento do cancer pela electro-cirurgia, casos verificados em sua clinica na Santa Casa, a que elle, o orador, levava ao conhecimento da douta assembléa que é a Sociedade Brasileira de Medicina, no Rio de Janeiro.

Após essas projecções, o dr. Mario Kroeff passou a discorrer sobre as diferentes especies do cancer osseo, suas caracteristicas, applicação nos mesmos da cirurgia, e deteve-se em

exposições detalhadas sobre principios geraes da electro-cirurgia para semiuçar a recidiva cancerosa e a semeadura do campo operatorio.

Na opinião do conferencista, pela thermo-coagulação, o meio coagulad torna-se improprio á semeadura.

A seguir, é a mutilação que merece referencias ao orador. Acha o dr. Mario Kroeff, que o profissional medico não deve se cingir á rotina senão que precisa ampliar sua acção o maximo possivel para não deixar elementos malignos na região operada. O tratamento do cancer pela diathermia em geral, e cirurgia applicada nos tumores osseos, tambem é tratado pelo conferencista, que allude ao tratamento da reacção ossea sem a osteotomia.

Trata-se de um processo novo conseguido pela diathermo-coagulação que serve de prothese para manter a continuidade do esqueleto. Em lugar de osteotomia classica e sangrenta com a estirpação ossea immediata, total ou parcial, a diathermia ataca "in loco" a porção affectada coagulando o esqueleto, sem provocar a extirpação ossea.

O dr. Mario Kroeff, referiu-se depois ao sequestro resultante da coagulação ossea no papel de enxerto para

reparar a perda de substancia, explicando que a diathermo-coagulação é capaz de destruir e recompor sem a mutilação que deforma.

Encerrando sua palpitante conferencia sobre tão opportuno assumpto, o conferencista reporta-se a casos palpantes de sua clinica cirurgica, casos de mais de dois e cinco annos de doença, nos quaes, entretanto, a diathermo-coagulação fez milagres sem a recidiva ou reproducção.

CONFERENCIA DO DIA 13 DE NOVEMBRO

O hilo normal e adenopathia tracheo-bronchica na radiologia

— PROF. ROBERTO DUQUE ESTRADA.

— Ilustrando a sua conferencia com projecções curiosas e schemas importantes, o A. mostrou como se faz modernamente a interpretação radiologica do hilo normal do pulmão.

A adenopathia tracheo bronchica, outro aspecto de sua conferencia, mereceu tambem do prof. Duque Estrada um estudo admiravel.

Quanto ao hilo radiologico, o conferencista é da opinião que o mesmo deva ser considerado como se compoendo de duas partes: uma central que corresponde ao hilo anatomico, com todos os seus elementos, e outra

intra-pulmonar, que depende principalmente da arteria pulmonar.

Relativamente á adenopathia, as considerações feitas pelo orador foram de modo a concluir que os ganglios normaes não são positivamente visiveis, o que tambem succede ás modificações anatomo-pathologicas que ahi se possam encontrar, no meio das quaes fazia excepção apenas á calcificação e ossificação.

Na sua opinião, o unico factor que pode realmente tornar o ganglio visivel, é o augmento de volume, e ainda assim de modo excepcional ou seja, quando esse augmento entrar em contacto com o pulmão. Nessas condições a imagem será dada apenas pela porção de ganglio que estiver em contacto com o pulmão.

CONFERENCIA DO DIA 19 DE NOVEMBRO

O conceito moderno da ulcera cancer — PROF. ANNES DIAS.

Preliminarmente, o orador discorreu sobre os trabalhos de pesquisa no tratamento do cancer, problema scientifico que vem sendo discutido ha um seculo.

Os conceitos medicos em torno do assumpto, com a numerosa série de estatisticas discordantes publicadas a respeito, merecem referencias do conferencista, que aos mesmos adduz considerações suas.

Na opinião do prof. Annes Dias, o cancer e a ulcera cancerizada são, de facto, de evolução lenta.

A seguir, o conferencista analysa as tres especies mais importantes do problema: a ulcera cancerizada, o cancer ulceriforme e o cancer tardiaamente ulcerado, fazendo considerações mais demoradas em torno da primeira variedade que era precisamente o objecto principal da sua palestra.

Na differença existente entre a ulcera-cancerosa e o cancer-ulceriforme accentuou a existencia de uma distincção de valor clinico e therapeutico, dignos de attenção.

Tambem o diagnostico differencial entre essa variedade de cancer e ulcera chronica merece de sua parte uma exposição detalhada.

Extendendo-se em considerações sobre o estudo da ulcera cancer, analisa o assumpto em face das estatísticas existentes. Citando opiniões de cientistas que se dedicam ao estudo da ulcera e do cancer, mostra o prof. Annes Dias, como abalizados pesquisadores se contradizem nos seus conceitos em relação ás duas espécies.

As ulceras do estomago e dos intestinos são estudadas pelo orador, o mesmo succedendo ao cancer duodenal e gastrico, cujas características o prof. Annes Dias descreve locali-

zando os pontos mais communs onde essas molestias se desenvolvem.

Tanto sobre suas manifestações como detalhes, ou sejam particularidades características, o conferencista se detem em estudos.

No desenvolvimento de sua these, o prof. Annes Dias procura demonstrar argumentadamente que o processo ulceroso, em si, não conduz ao cancer, e a esse respeito expõe as deducções a que o raciocinio clinico leva a questão, tirando a proposito conclusões interessantes.

Associação dos Empregados no Commercio

CONFERENCIA EM 1 DE NOVEMBRO

O exame pré-nupcial. — O prof. Flaminio Favero realizou no dia 1 de novembro, na séde da Associação, uma conferencia em torno do thema enunciado.

Antes de entrar na essencia da palestra, achou o conferencista de explicar aos seus ouvintes que das razões que o fizeram aceitar aquella incumbencia, reputava como capital a de contribuir para a divulgação dos principios que a nossa propria Constituição inscreveu em suas disposições no artigo 145 relativamente a provas de sanidade physica e mental dos nubentes.

Expoz, a seguir, o prof. Favero, que o exame pré-nupcial como o seu proprio nome indica, é o exame medico dos nubentes, pouco antes de darem o passo de summa responsabilidade que os unirá em matrimonio.

Estando perfeitamente estabelecida a possibilidade de transmissão entre conjuges de molestias infecto-contagiosas, como a syphilis, a tuberculose, a lepra, e outras mais, esse exame se impõe como uma medida preventiva de grande alcance.

Enumera então o conferencista, os malefícios dos consorcios de pessoas doentes, suas dolorosas consequências, as manifestações da molestia por manchas no corpo, dores de cabeça, sensação de fraqueza, mal

estar, prostração invencível, queda de cabellos, fraquezas da voz, perturbações da vista, cegueira, deformações nasaes, aneurismas da aorta, paralysisa grave, loucura e, finalmente, a morte.

Reporta-se aos surtos endemicos na antiguidade para mostrar que, se não fora o cuidado dos homens no tratamento de sua saude, a humanidade estaria reduzidissima.

Todas as enfermidades que um conjuge pode transmittir a outro merecem do conferencista uma analyse meticulosa.

O exame pré-nupcial, explica o orador, tem a finalidade de evitar o casamento de pessoas portadoras de estados morbidos transmissiveis por contagio ou herança, e visa crear mais um impedimento para a realização do matrimonio, o impedimento das doenças contagiosas e hereditarias.

Praticamente, sua efficacia é incontestavel, tanto para os ignorantes enfermiços que procuram constituir familia sem se medicarem, como para os portadores convictos de graves affecções que propositadamente ou por interesses occultos procuram inocular seus germes em pessoas sãs.

A constituição da familia com a formação da prole é examinada pelo

conferencista sob o ponto de vista medico.

Não sendo taxativo o preceito do exame pre-nupcial e vendo o medico imminente a catastrophe para os nubentes por motivos de interesses egoisticos de um delles, deve então, para não ser criminoso tambem, quebrar seu silencio profissional, denunciando a verdade á parte innocente.

É quando o silencio profissional deve ter seu limite...

Todas as vantagens do exame pre-matrimonial são assim expostas com brilho pelo prof. Flaminio Favero, que alludiu ainda ao merito do exame pre-nupcial de estimular entre os que se querem casar o cuidado pela propria saude.

O tratamento que fazem os doentes ignorantes nas mãos dos curandeiros tambem merece do conferencista advertencia e reparos judiciosos.

Falando com independencia, porque não exerce a medicina clinica, o

orador accentua constituir uma terrivel falta de senso, de razão commum, alguém trocar os cuidados medicos de um cientista ou de um clinico estudioso, pelos de um curandeiro empirico na mais das vezes um intrusão, um charlatão.

Depois de accentuar os beneficios immensos do exame pre-nupcial, o prof. Flaminio Favero encara o assumpto sob o ponto de vista da obrigatoriedade ou faculdade do mesmo, apreciando as diversas opiniões a respeito.

A medicina — diz — não é ciencia mathematica, onde a certeza e a precisão brilhem sempre, systematicamente.

"O casamento não tem somente flores, mas espinhos tambem. E ás vezes os espinhos são mais numerosos que as flores..."

Um casamento de doente contagioso é um perigo para a familia que o mesmo vae constituir e para a propria sociedade.

Rotary Club de S. Paulo

ALMOÇO DE 10 DE NOVEMBRO

Presidente : DR. ARMANDO ARRUDA PEREIRA

A luta social contra a tuberculose — DR. EDUARDO VAZ. — O orador reuniu nessa interessante palestra elementos de real valor para revelar os estudos a que se dedicou, dizendo das consequencias que a disseminação do mal acarreta para as collectividades, sem esquecer todo o trabalho de prophylaxia a que se entregam abnegadas figuras da ciencia e da sociedade. Dividiu o dr. Eduardo Vaz a sua palestra em pequenos capitulos, que subordinou aos sub-titulos : tuberculose, problema social; tuberculose e pobreza; tuberculose nas fabricas; contribuição dos industriaes; exame preliminar; exame periodico; assistencia social. Nessa disertação, que mereceu, ao terminar, calorosos applausos, o orador mostrou o que se deve fazer em

beneficio das classes trabalhistas, visando-as directamente e enquadrando as suas necessidades dentro de um trabalho especializado. Salientou a impossibilidade de se obrigar os industriaes a custear o tratamento de seus operarios tuberculosos e amparar as suas familias. E recordou o que faz a Italia : as disposições legislativas crearam as companhias de seguro contra a tuberculose e todos os operarios são obrigados a se segurarem, sendo paga a mensalidade, metade por elle o restante pelo patrão. Na ausencia de qualquer organização entre nós, podemos bem inicial-a. Assim, toda a conferencia foi uma successão de importantes sugestões para se evitar a propagação da tuberculose.

Clube Zoologico do Brasil

SESSÃO DE OUTUBRO

Ixodes ricinus (L.) — DR. FLAVIO FONSECA. — O A. tratou de uma nova sub-especie de carrapato "Ixodes ricinus" (L.) de que colheira varios exemplares sobre veados da especie "Mazama simpticornis", oriundos de Jaguaré, neste Estado. Da especie typica "Ixodes ricinus", que ocorre na Europa, na Asia e na America do Norte, onde é accusada de transmitir varias zoonoses, a forma encontrada entre nós distingue-se por varios caracteres a justificarem o reconhecimento de uma sub-especie local, que foi denominada "aragãoi", como homenagem ao professor Henrique Aragão, do Instituto Oswaldo Cruz.

Ctenocephalides canis e Ct. felis — DR. PAULO ARTIGAS. — O A. nar-

rou observações sobre parasitismo de cães por pulgas em nosso meio, mostrando sobretudo as diferenças morphologicas entre as duas especies affins "Ctenocephalides canis" e "Ct. felis", parasitas que infestam, respectivamente, o cão e gato.

Animaes venenosos causadores de picadas em nosso meio — DR. AFRANIO DO AMARAL. — O A. tratou da primeira parte de seus estudos sobre os typos de animaes venenosos causadores de picadas em nosso meio; a este respeito descreveu o apparelho de inoculação e mostrou o mecanismo da picada produzida por centopeias, escorpiões, aranhas e serpentes. O orador continua inscripto para a proxima sessão.

ASSUMPTOS DE ACTUALIDADE

Relogios de parada automatica

Noticia publicada no "British Medical Journal" de 28 de Novembro de 1932. — Ha uns tres annos atraz referencia foi feita nesta columna a respeito de um relógio de parada automatica, posto á venda a preço modico pela firma A. Arnold and Co. (122 S. John Street, Clerkenwell Road, London, E.C.1). — Acabamos de receber da mesma firma uma amostra de um relógio de parada automatica grandemente melhorada, proprio para trabalhos de laboratorio e praticantes de medicina, cujo relógio é vendido a um preço modico. O relógio de parada automatica de 30 horas, typo para bolso, tem a face esmaltada e graduada em quintos de segundos, e bem assim um dispositivo de lado que serve para parar e fazer funcionar o ponteiro do centro. O seu custo é somente 10s 6d e é garantido por dois annos. Um optimo relógio de pulso com a mar-

cação de segundos no centro, trabalhando do mesmo modo e completo com pulseira de ouro e vidro inquebravel é vendido por 15s e com uma garantia de tres annos; é um objecto que vale muito bem seu preço. Cada um destes relógios tem tambem os ponteiros das horas e segundos como qualquer relógio commum. As capas são de chromio-nickel. O relógio despertador de Arnold tem uma campanha interna que pode ser ajustada para dar signal a qualquer hora pela simples ajustagem do ponteiro das horas. A capa de trez abre para servir de suporte ao relógio quando for preciso collocar-o sobre qualquer mesa; o machinismo do despertador poderá ser fechado quando necessario, isto é, quando o relógio tem sua serventia commum. O preço deste relógio é de 25s. com tres annos de garantia.

NOTAS THERAPEUTICAS

Vaccinas radioactivadas

Ao receber amostras das Vaccinas Lancisi, preparadas pelo Instituto de igual nome, de que é director o prof. Pietravalle, da Universidade de Roma, quiz o dr. Luciano Gualberto, illustre professor da nossa Faculdade de Medicina, saber dos representantes, em S. Paulo, do citado estabelecimento romano qual o motivo de aquellos productos não provocarem fortes reacções no organismo humano. E ao seu espirito pesquisador ainda occorreu uma pergunta: si as vaccinas eram realmente radio-activadas, tão desacreditado está o abuso da propaganda dos productos irradiados.

Os representantes do Instituto Lancisi apressaram-se em transmittir para Roma as duvidas do illustre professor, a quem o conhecido professor italiano acaba de dirigir a attenciosa carta que se segue:

"Egregio e caro collega.

O seu valor profissional e a merecida consideração de que é circundado nesse importante centró sul-americano, decidiram-me a escrever-lhe directamente para esclarecer á alta serenidade do seu espirito pesquisador algumas importantes particularidades das Vaccinas Curativas Lancisi que, a um exame superficial, poderiam apparecer como uma iridiscente incipiença de character commercial ou como uma piedosa illusão de gente inexperta ou de má fé.

O Instituto Lancisi, cuja seriedade está fora de discussão na Italia, não poderia submeter ao soberano juizo da pratica clinica novidades therapeuticas que não tivessem passado através de pesquisas biologicas rigorosas ou de experiencias clinicas longas, minuciosas, objectivas, concordes.

As pesquisas sobre os complexos colloidaes organicos e sobre os phenomenos anaphylacticos e colloido-clasicos "que eu e a minha escola seguimos por mais de vinte annos demonstraram que o choque humoral

que se segue á inoculação de proteínas especificas ou aspecificas não somente não é necessario para a realisação do successo therapeutico, mas constitue geralmente uma insidia perigosa para a resistencia do organismo doente em presença do agente infeccioso.

É sabido, com effeito, por pareceres concordes de todos os biologistas, que a reacção febril e o cortejo symptomatico que acompanham a introdução de proteínas heterogeneas corresponde a uma phase negativa em que o poder defensivo humoral e dos tecidos se abaixa a menos do nivel inicial. É verdade que na maioria dos casos o organismo supera este estado de inferioridade e encontra nas suas multiplas reservas os meios adequados para restabelecer o equilibrio nos complexos colloidaes, mas não é menos verdade que em casos excepcionaes as toxinas phlogogenicas desencadeadas pela introdução parenteral de proteínas paralyzam de tal modo os poderes defensivos do organismo não lhe permitindo nenhuma reacção benefica.

Para uma exacta avaliação dos phenomenos post-vaccinicos bastaria de resto o juizo de um mestre da Immunologia: Nicolle "On conçoit — diz elle — le caractere facheux de ces reactions, mais on n'en voit guère l'utilité".

A ninguém certamente, occoreria a idéa de considerar beneficos os perigosos phenomenos de choque e os estados pathologicos provocados pelos soros therapeuticos.

A immunisação em doses minimas, imaginada por Beresdka e largamente adoptada em therapeutica é a demonstração mais evidente de que a immundade se attinge mais facilmente evitando reacções tumultuarias das quaes ninguém pode prever consequencias e cujos perigos são documentados por numerosas provas experimentaes e historias clinicas de uma evidencia inexpugnável.

Mas, dispensando estas premissas genericas, acima de qualquer consideração, está o facto que o vehiculo usado pelo Instituto Lancisi para a suspensão das vaccinas não somente consegue evitar perigosas reacções por parte do organismo, mas permite atingir rapida e certamente o estado immunitario contra o agente infectivo. As pesquisas feitas nos nossos laboratorios demonstram não somente que animaes de experiencia supportam doses fortissimas de microbios mortos pelo calor suspensos no nosso vehiculo especial, mas que os mesmos, preparados com as nossas vaccinas, resistem á innoculação de germens vivos em numero superior á dose seguramente lethal.

Na pratica clinica encontram-se, não ha duvida, individuos hypersensíveis que experimentam, mesmo com as nossas vaccinas, reacções de uma certa importancia, mas ellas nunca são alarmantes e em cada caso não tem consequencias prejudiciaes para o organismo. De resto, de qualquer maneira que se queira julgar a reacção apresentada pelo organismo na introdução de germens mortos, a questão não prejudica a actividade biologica das Vaccinas Lancisi porque a supressão das perturbações pos-vaccinicas não é obtida á custa da efficaia therapeutica, mas é attingida por meio de substancias colloido-tropicas que protegem o equilibrio dos complexos colloidaes organicos, deixando integra a capacidade reactiva immunitaria dos humores e dos tecidos. Desse modo, o organismo pode movimentar integralmente as suas reservas defensivas, sem exgotar-se em processos reactivos secundarios que, perturbando o equilibrio ionico, attenuam ou retardam o phenomeno biologico essencial: a defesa contra o agente infectivo.

O vehiculo especial adoptado na preparação das Vaccinas Lancisi resultou dos estudos que eu e minha escola fizemos sobre este importante

assumpto. O phenomeno da radio-actividade nos productos commerciaes foi de tal maneira diffusamente aproveitado com fito commercial que cada producto do genero provoca uma explicavel desconfiança e de justificada incredulidade. A radio-actividade no meio das Vaccinas Lancisi não foi estabelecida empiricamente, mas foi determinada com experiencias rigorosas sobre animaes de laboratorio de diversas especies, preparados de modos variados e tratados com doses diversas de radio-elemento. Porque a boa experiencia ensina que podem ser obtidos os effeitos mais disparatados com leves differenças nas doses adaptadas. Mas a verdadeira novidade deste especial vehiculo consiste em um extracto critico obtido por dialyse e crystallisação, com processo especial, de algumas plantas verdes, submettidas á prévia maceração e successiva desagregação neutronica dos complexos colloidaes.

Cada ampoula dos nossos productos contém uma dose media de germens, mas é natural que fique á vontade do intelligente discernimento do medico a oportunidade de augmentar ou diminuir as doses segundo a tolerancia individual e a gravidade ou a resistencia do processo infectioso.

Perdoar-me-á si eu lhe tomei o tempo em um argumento que para si não tem segredos, mas quiz fazel-o para confiar á sua seriedade scientifica o processo de preparação das Vaccinas Lancisi e para assegurar-lhe que ellas não são consideradas como tantas outras especialidades cujo valor está todo na etiqueta lisonjeira, pomposamente decorada com dizeres multicores.

A' sua illustre, serena, luminosa objectividade, o juizo definitivo.

Acolha, egregio collega, a minha consideração e as minhas cordiaes saudações — Prof. Pietravalle Nicola."

VIDAN

INJECTAVEL

2 e 5 cc.

Fortificante insuperavel

IMPREENSA MEDICA PAULISTA

Summario dos ultimos numeros

Boletim do Instituto Oscar Freire, I, Outubro de 1934.

Eschema de Oscar Freire para a fauna cadaverica brasileira ao ar livre — FLAMINIO FAVERO; Da applicação em toxicologia, para analyses quantitativas, da reacção da diphenylcarbozida — ELISA NOVAH; Contribuição para o estudo do transporte de impressões digitaes reveladas.

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, XIII, Agosto de 1934.

As calcificações da foice do cerebro — JAMES FERRAZ ALVIM; Considerações sobre 3 casos de appendicite aguda — J. SOARES HUNGRIA.

Gazeta Clinica, XXXII, Outubro de 1934.

A alimentação, as arterias e a velhice — PEDRO E. SCUDERO; Prophylaxia antituberculosa — MOISES BENCHETRIT; Eschema de Oscar Freire para a fauna cadaverica brasileira ao ar livre — FLAMINIO FAVERO.

Pediatria Practica, V, Julho de 1934.

Complexo primario — JAIR RAMOS; A higienização do leite e a tuberculose — PAIVA RAMOS.

Publicações Medicas, VI, Setembro de 1934.

Dos desvios menstruaes nas retro-verso-flexões uterinas — B. BORGES VIEIRA; Acetylsarsan e Ulcera de Bauri — GENTIL PACHECO; Em torno de 2 casos de tetano ambulatório — VIEIRA RAMOS; Metabolismo basal — CAMILLO OLIVEIRA PENNA; A crise de morte com palor e hyperthermia nas crianças — CARLOS DA GAMA.

Revista da Associação Paulista de Medicina, V, Agosto de 1934.

Metastases tumoraes nos ossos — CASSIO VILLAGA e PAULO DE ALMEIDA TOLEDO; Infecção biliar e alergia — FERNANDO PONSECA; Correção cirurgica do nariz em sela simples pela inclusão parcial de marfim — ANTONIO PRUDENTE; O exercicio da profissão medica em face da nova Constituição — ALBERTO NUPIERI.

Revista de Cirurgia de S. Paulo, I, Outubro de 1934.

Prophylaxia da acidose postoperatoria; maneira de regular a reserva alcalina pela administração de bicarbonato de Sodio — EDUARDO ETZEL; Limite de operabilidade dos tumores malignos deante da electro-cirurgia — ANTONIO PRUDENTE; Tratamento do megaesophago pelo balão dilatador hydrostatico — ALIPIO CORREA NETTO.

Revista de Neurologia e Psychiatria de S. Paulo, I, outubro de 1934.

As calcificações da foice do cerebro — JAMES FERRAZ ALVIM; A lei de Bastian em face dos traumatismos graves da medulla — E. VAMPRE e PAULINO LONGO; Dissociação do reflexo cremasterico — ADHERBAL TOLOSA; Meningite aguda lymphocytaria benigna — FERNANDO DE OLIVEIRA BASTOS; A prova da adrenalina (curva da pressão arterial) como meio de diagnostico em Psychiatria — AGUIAR WHITAKER, MARIO JAHN e CELSO SILVA; Teria sido o delicto praticado em estado de inconsciencia? — A. TEIXEIRA LIMA e O. BIERRENBACH DE CASTRO; Sobre o rachitismo cerebral ou demencia rachitica — THEODOR GOETT; Infecção das vias biliares e perturbações mentaes — MARIO JAHN; Algumas das ultimas aquisições therapeuticas em Neuropsychiatria — ORESTE ROSETO.

S. Paulo Medico, VII, Agosto de 1934.

Da calcificação da bolsa mucosa sub-deltoidéa ou doença de Duplay — CASSIO ROLIM e ROLIM DE MORAES; Cystocele diverticular localizada na fossa iliaca direita —

ANGELO PAGOTTO; O professor de clinica e o curriculum medico — HARVEY CUSHING; Relações entre a Pediatria e a Clinica Medica — PEDRO DE ALCANTARA; A bronchoscopia no diagnostico e no tratamento das affecções broncho-pulmonares — MATTOS BARRETTO.

LITERATURA MEDICA

Livros recebidos

Tratado de Patologia Quirurgica — BIGOUIN, PAPIN, LECERE, TIXIER, PIERRE DUVAL, etc. — 3.^a edição espanhola da 5.^a francesa, Editorial Pubul (Enrique Granados 63), Barcelona, 1934.

Num total, agora, de 6 volumes com mais de 5.000 paginas de texto fartamente illustrado, acaba de apparecer a 3.^a edição espanhola do classico "Précis de pathologie chirurgicale" que todo estudante pelo menos já folheou. A 5.^a edição francesa foi recentemente editada sob o mesmo plano da 4.^a apparecida a 10 annos. Aceitando a collaboração dos seus principaes assistentes, os AA. desenvolveram consideravelmente a obra, accrescendo-a de 2 volumes com mais de mil paginas, nas quaes figuram as mais modernas conquistas dos nossos conhecimentos de pathologia cirurgica. Trata-se, pois, de "um livro em dia", como bem salientam os AA., que tiveram o cuidado de supprimir os antigos preceitos demovidos pelas idéas e comprovações novas. Uma "limpesa", como elles mesmos affirmam, concluindo: é uma edição "inteiramente refundida", mas de verdade. Preço dos 6 volumes, 150 pesetas, apenas.

Fracturas y su tratamiento — HERMANN MATTI, edição espanhola da 2.^a allemã Editorial Labor (Provenza, 86) Barcelona, 1934.

Ao preparar a 2.^a edição do seu tratado de fracturas, Matti teve por escopo fazer uma synthese que melhor fosse util a medicos e estudantes. Assim, tirou a documentação superflua da 1.^a edição e fez uma

obra essencialmente pratica. Tanto assim que resumiu bastante a parte geral para dar um grande desenvolvimento á parte especial, em que considera uma por uma as eventualidades clinicas. Com esse feito, é, no assumpto, o melhor livro ultimamente publicado. A edição é enriquecida com numerosos e nitidos clichés, muitos dos quaes em trichromia. O todo forma um volume com 1.000 de texto, em magnifica feitura.

Viscerite e periviscerite — FRANCESCO ZAGARESE, NICOLA ZANICHELLI, Bologna, 1934.

O A. que é discipulo dilecto de Paolucci, fez um livro que, no dizer do mestre "é um estudo completo e original, que traz uma contribuição de primeirissima ordem ao conhecimento da difficil questão". Trabalho feito no serviço de Paolucci, é cuidadosamente desenvolvido sob todos os aspectos da affecção: etiologia, pathogenese, anatomia pathologia, symptomatologia, radiologia e tratamento. Cada uma das partes traz larga documentação bibliographia e propria. E' um volume de mais de 350 paginas caprichosamente impresso em "couché", com numerosas figuras. Preço, 40 liras.

Contribuição medico-legal para o estudo da identificação das penas — ARNALDO AMADO FERREIRA e OSCAR RIBEIRO DE GODOY, "Revista dos Tribunaes" (R. Xavier de Toledo, 72), S. Paulo, 1934.

Continuando a operosidade de Oscar Freire, a escola de Flaminio Favero vem apresentando uma vultuo-

sa messe de excellentes trabalhos, que tão alto têm elevado o nome de S. Paulo dentro e fóra do paiz. O presente livro de Arnaldo Amado Ferreira e Oscar Godoy é mais uma comprovação de quão pachorrenta e bem orientada é actividade scientifica do Instituto de Medicina Legal da nossa Faculdade de Medicina. Tendo estudado 150 especies de aves brasileiras, concluem os AA. que é possível a identificação das pennas pelo estudo da estrutura macro e microscopica das varias porções das remigias. Os AA. salientam a importancia do seu notavel estudo em Medicina Legal. Trata-se de um trabalho inteiramente original e de alta valia.

Therapeutica Moderna — RODOLPH FRANCH, edição espanhola da 3.^a allemã, Gustavo Gili (Enrique Granados, 45), Barcelona.

O livro foi escripto a instancias de de Strumpell, no proposito de fazer-se um "resumo de therapeutica moderna". O A. deu á obra uma feição de manual, não só pelo formato como principalmente pela distribuição alfabética do assumpto, o que torna rapida qualquer consulta. O A. empenhou-se em seleccionar a medicação apontada, dando preferencia á que a sua propria pratica recomendava. Portanto, livro util. Uma primeira parte dedica-se ás molestias; uma segunda, aos medicamentos.

Pathologia postural — ROBERTO NOVOA SANTOS, Espasa-Calpe (Rios Rosas, 24), Madrid, 1934.

Para a obra postuma que Nóvoa Santos mal acabou, Maranon escreveu um excellent prologo, em que poz em evidencia o espirito pesquisador, a vontade de se expraiar por outros campos do illustre professor de Pathologia Geral da Universidade de Madrid. No presente livro, o A. trata da "physiologia pathologica e clinica dos complexos orthogeneticos" através dos seguintes capitulos: Orthoposição, posição de repouso e hypnosituacão; Modificações funcionaes que occorrem nas mudanças de posição; Significação biologica da posição orthotica e da posição de decubito; O tipo constitucional orthotico e o seu logar na systematica typologica; Systematica dos com-

plexos symptomaticos orthogeneticos. Hoje que a constitucionalistica está em moda, a leitura do livro de Nóvoa Santos é de alto proveito.

Psychologia da criança — ROBERT GAUPP, edição brasileira da 3.^a allemã, Atlantida Editora, Rio, 1934.

O livro do professor de Tubingen é de uma observação profunda. Elle acha que ainda é pouco. Por isso, concita os professores primarios a se dedicarem ao estudo da psychologia infantil, e acredita que, com isso, ella "progredirá grandemente e trará valiosos conhecimentos ao estudo profundo do desenvolvimento psychico do homem". A leitura da obra de Gaupp interessa a todos, porem. Aos paes, principalmente, assim como aos medicos, que frequentemente estão em contacto com as creanças e que, por isso mesmo, necessitam conhecer melhor o seu psychismo. O volume faz parte da "Bibliotheca de Cultura" e custa apenas 8\$000 brochado e 10\$000 encadernado.

Les traitements médicaux du goitre exophtalmique — SAINTON, J. B. Baillière et Fils (19, rue Haute-feuille), Paris, 1934.

Os methodos do tratamento do bocio exophtalmico devem variar segundo o doente, não devendo obedecer a uma orientação systematica. Partindo desse principio, Sainton fez um livrinho de grande utilidade pratica, porquanto orienta o clinico na medicação a seguir e o adverte dos insuccessos apparentes de uma medicação insufficiente. O A. focaliza muito bem as perturbações thyreoideanas e sympathicas que persistem mesmo em casos em que a cura clinica permita ao paciente a volta ás suas actividades normaes. O volume faz parte da collecção "Therapeuticas Novas", que com tanto successo vem lançando a livraria J. B. Baillière et Fils: manuaes de leitura facil, com um delineamento inteiramente pratico. Preço, 6 francos, somente.

Noções de physiologia pathologica — O. O. BOROMOLTE I, Kiev, 1933.

Editado pela Academia de Sciencias da Ucrania, appareceu o primeiro volume das "Noções de phy-

siologia pathologica" de Baromolye em alentado volume de 720 paginas, com varias illustrações. Sendo poucos, entre nós, os medicos que conhecem a lingua ukraniana, o livro desperta pouco interesse em nosso paiz.

Como tratar as annexites — JOSÉ MEDINA, Comp. Melhoramentos de S. Paulo (rua Libero Badaró), São Paulo, sem data.

O illustre assistente da Cadeira de Gynecologia da Universidade de São Paulo publicou recentemente um manual de therapeutica das annexites. Colligindo o que ha de mais moderno no tratamento das inflammções annexiaes, e escudado numa larga experiencia bem orientada, o A. fez um livrinho de grande utilidade e fadado a larga divulgação. Sendo tão frequentes as annexites, todos os medicos praticos, principalmente os do interior, hão-de querer guiar-se pela orientação segura de José Medina, cujo valor como especialista já ultrapassou as nossas fronteiras. Assim grande procura deve estar tendo o manual em apreço, que é prefaciado pelo prof. Fraenkel, de Breslau.

Chirurgie Infantile d'urgence — M. FEVRE, Masson & Cie (120, boulevard Saint Germain), Paris, 1933.

Com um prefacio de Ombrédanne, de quem o A. tem sido um dos maiores collaboradores, a casa Masson lançou a "Chirurgie d'Urgence", livro unico, na concepção em que foi feita. É no dizer do conhecido professor francês, "um auxiliar precioso do cirurgião de plantão de um Serviço Infantil" e "um guia minucioso, antes e depois da operação, de todos aquelles cuja maestria cirurgica é sufficiente, mas que ainda não adquiriram a expe-

riencia de uma cirurgia especializada". Tendo sido medico plantonista durante 7 annos, o A. poudes verter nas paginas do livro a sua propria experiencia e toda a orientação da excellente escola de Ombrédanne. É digno de nota o cuidado com que o A. aponta minuciosamente todas as precauções que se tornam necessarias antes, durante e depois de cada intervenção em creança. Assim sendo, o livro é de real utilidade, não só para os cirurgiões do interior, como mesmo para os dos grandes centros, onde, apesar da existencia de serviços especializados, a cirurgia infantil frequentemente cêe nas mãos do cirurgião geral.

L'Institut d'Anatomie de la Faculté de Médecine de Porto — HERNANI MONTEIRO, Araujo & So-brinho, Porto.

Num volume de 110 paginas, o illustre professor da Faculdade de Medicina do Porto faz o historico do Instituto de Anatomia que ora dirige, salientando o valor da vultuosa produção scientifica do mesmo. A monographia foi apresentada ao XV Congresso Internacional de Anthropologia e de Archeologia Prehistorica.

Noções de Anatomia Pathologica — HELION PÓVOA, 2.ª edição, Flores & Mano (rua do Ouvidor, 145), Rio, 1934.

Em 2.ª edição, acaba de apparecer o volume Noções de Anatomia Pathologica, compreendendo as aulas dadas pelo A. no seu curso ministrado na capital do paiz. Trata-se, pois, de um livro destinado a estudantes. O facto de ter-se esgotado rapidamente a 1.ª edição recommenda o livro, que é dedicado á parte geral do assumpto. Preço, 16\$000, apenas.

VIDA MEDICA PAULISTA

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia

Eleição da nova directoria e das varias commissões regimentaes.

— Em assemblea geral ordinaria realizada no dia 8 de novembro foram eleitas a nova directoria e as varias commissões regimentaes, que ficaram assim constituídas:

DIRECTORIA — Presidente: Alcantara Machado, vice-presidente: Alvaro Couto Britto, Secretario geral: Flaminio Favero, 1.º secretario: Boaventura Nogueira da Silva, 2.º secretario: Manoel Pereira, thesou-reiro: Arnaldo Amado Ferreira.

COMISSÕES — Redacção: O secretario geral, Cesar Salgado, Elisa Novah. Patrimonio: J. Mamede da Silva, Paulo Americo Passalacqua, A. C. Pacheco e Silva, Premios: Rebello Netto, Almeida Junior, Milton Amaral. Medicina Legal: Marcondes Machado, Fernando Fonseca. Toxicologia: Virginio Valentino, Edmundo Cirati. Infortunistica: Romeu Petrocchi, Renato Bomfim. Anatomopathologia: Hilario Veiga de Carvalho, Ernestino Lopes Junior. Criminologia: Vicente Azevedo e Basileu Garcia. Psycho-pathologia: Ja-

mes Ferraz Alvim, Durval Marcondes. Policia technica: Moyses Marx, Osear Ribeiro de Godoy.

Posse da nova directoria. —

A 15 de novembro a nova directoria tomou posse e nesse mesmo dia foi feita a entrega do "Premio Oscar Freire" ao dr. Hilario Veiga de Carvalho, cabendo ao dr. James Ferraz Alvim fazer a saudação official ao premiado, que agradeceu mostrando-se reconhecido á Sociedade e particularmente ao prof. Flaminio Favero, seu mestre.

Maternidade de S. Paulo

Homenagem ao dr. Braulio Gomes. — Com numerosa assistencia, realizou-se no dia 7 de Novembro, no salão nobre da Maternidade de S. Paulo, a cerimonia da entronisação do Sagrado Coração de Jesus e a inauguração do retrato do fundador daquelle benemerita instituição e seu primeiro director, dr. Braulio Gomes.

Falou, em nome da directoria, agradecendo a presença dos convidados e fazendo o elogio do dr. Braulio Gomes o dr. Vieira Marcondes. Em nome da familia do dr. Braulio Gomes falou o dr. A. Las Casas. Tambem falou, ao terminar a cerimonia da entronisação, que foi feita por s.s., o sr. representante do Arcebispo Metropolitano.

Homenagem Postuma

Homenagem prestada ao prof. Milward pelo Centro Academico Oswaldo Cruz. — Transcorreu no dia 14 de novembro o segundo anniversario do fallecimento do professor Guilherme Bastos Milward, que, pelo espaço de quatro lustros, regou a cathedra de chimica medica da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Ao saudoso mestre, que entre os seus alumnos contou sempre com grandes amizades, o Centro Academico "Oswaldo Cruz" prestou uma solenne homenagem, realisando no dia 14 de novembro uma sessão extraordinaria em sua sede social.

Presidida pelo seu presidente, academico Paulo de Camargo, este abriu a sessão e, em breves palavras, disse do objectivo daquelle acto. Em seguida, deu a palavra ao vice-presidente do Centro, academico Licinio

H. Dutra, que pronunciou um discurso sobre a personalidade do professor Milward como "Mestre e amigo".

O sr. Licinio H. Dutra por mais de meia hora prendeu a attenção do auditorio, enaltecendo as qualidades daquelle professor. Falando sobre o methodo de ensino adoptado pelo professor Milward, disse:

"Profundo conhecedor que era da doutrina de S. Thomaz de Aquino, dava ás suas aulas um cunho altamente philosophico, inculcando no espirito do alumno noções sábias de humanidade.

A sua preocupação maxima, ao lado do ensinamento didactico da materia que ensinava com tão grande proficiencia, era formar uma mentalidade sadia, pura, grande em seus discipulos.

Observador de fina argúcia, sabia penetrar no íntimo de cada um daquelles que tiveram o aconchego do seu convívio e de um modo tão intelligente, esmerava-se em pôr em evidencia os erros que intimamente cada um desconhecia. A sua ideologia era forjar na mocidade uma geração de homens que tivesse uma mentalidade pura e um sentimento de amor á patria e á humanidade, de criar um caracter ideal, que só elle sabia cultivar com tanto brilho.

Para isso elle dava o exemplo”.

Proseguindo, após se referir aos innumerables particulares e habitos usa-

dos pelo professor Milward, terminou a sua oração com estas palavras :

“Conversar na intimidade com o alumno, chamar a attenção para os menores particulares, criar o espirito de observador tão essencial no estudo das sciencias, fazer ver os erros politicos e a corrupção moral dos homens, enfim, formar um caracter puro na mocidade estudiosa desta terra, que era sua de todo o coração. Este era o seu processo predilecto de ensino.

Milward foi para os seus alumnos o “Mestre e amigo”.

Elle foi o mestre dos mestres”.

Clinica “Prof. Paula Santos”

Realizou-se a 3 de Novembro o acto inaugural das installações da Clinica “Paula Santos”. Este novo estabelecimento occupa o edificio da Avenida Brigadeiro Luiz Antonio, 670 especialmente adoptado para os ser-

viços de clinica oto-rhino-laryngologica.

Os directores da Clinica são o prof. Antonio de Paula Santos, da Faculdade de Medicina, e o dr. Horacio de Paula Santos.

Polyclinica São Camillo

A 28 de Outubro foi lançada a pedra fundamental da Polyclinica São Camillo, instituição de assistência medica gratuita á população necessitada desta capital e a cuja frente se encontra a seguinte comissão directora:

P. José Simone, superior dos padres Camillianos, d. Rosalina Lion, zeladora, dr. Carmos de Andréa, dr. Paiva Ramos, dr. Augusto Matuck, dr. Hercilio Marroco, dr. Eduardo Browne Junior e dr. Arhtur Wolff Netto.

Organizzazione Vanasia

Livros — Fornece livros e revistas medicas de todo o Mundo.

Apparellhos para Raios X, diathermia, ultra-violeta, electrocardiographia, etc.

Traducções de artigos a L. 5 a pagina, serviço rapido.

Publicidade — Encarrega-se da distribuição de annuncios para todas as revistas do Mundo.

SANTO VANASIA — 16, Via Accademia — Milano, Italia

NECROLOGIA

Prof. João Alves de Lima

Com a morte do prof. Alves de Lima perde a cirurgia paulista um dos seus maiores elementos. A carreira de Alves de Lima é uma successão de triumphos, conquistados com trabalho intelligente, constante e efficiente. A formação intellectual peculiar, que tanto o caracterisava, foi obra de um estudo perseverante e que vem desde os tempos de humanidades, curso que fez com brilhante-

tismo no collegio Pedro II. Alves Lima, submettido á diffusão da cultura franceza, procurou Paris para centro de seus estudos superiores. Lá ingressou na tradicional Faculdade de Medicina. No estudo das disciplinas medicas encontrou o espirito irrequieto e subtil de Alves de Lima um grande campo de acção, retirando dos estudos de anatomia os elementos indispensaveis e fun-

damentaes para a sua futura arte — a sua technica.

A escola de Paris, naquella epocha, sentia a influencia rigorosa daquelle genio que fôra Farabeuf, que edificára o estudo profundo, pratico e raciocinado de anatomia. Foi esta disciplina que, alliada aos estudos da physiologia e anatomia pathologica, conduzia o jovem estudioso a uma comprehensão nitida da pathologia cirurgica, bem como estabeleceram os fundamentos da sua technica. A influencia dos grandes mestres, como Pozzi, Terrier, Gugen, Albarran e Le Dantu, fôra decisiva na orientação de sua carreira: era a cirurgia, pois, n'ella o seu physico e o seu psychico encontravam uma realisação completa de tendencias innatas. A arte de Ambrosio Paré culminou em suas mãos. Na 2.^a enfermaria de cirurgia de homens, desde 1898, Alves de Lima dedicava-se na sua actividade intensa, productiva e humaitaria. Toda a cirurgia fôra percorrida pelo insigne artista. Uma turma de jovens viera logo cercar o cirurgião que fazia escola. E, em 1917, Alves de Lima torna-se professor da 2.^a cadeira de clinica cirurgica. O mestre e o cirurgião se identificaram de uma maneira harmoniosa.

As suas sessões operatorias despertavam a mais profunda impressão: elegancia, agilidade, rapidez, decisão prompta e precisa, formavam um conjunto que dava ás operações o mais bello cunho artistico — mesmo nas intervenções demolidoras e traumatizantes. A expressão do grande cirurgião Krause ao vel-o operar

bem indicia a perfeição technica que attingira: "opera com a elegancia de um francez, e a technica de um allemão!" Alves de Lima fizera escola: os seus internos espalharam-se pelo interior do Estado, levando a preciosa technica, alem de uma formação intellectual e physica de cirurgiões. Ao lado dessa grande satisfação, de ter quem perpetuasse a "sua arte" — Alves de Lima teve no meio medico as mais altas representações: era membro da Sociedade de Cirurgia de Paris, membro honorario do Collegio Americano de Cirurgiões, presidente, por duas vezes da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, presidente do ultimo congresso medico Paulista, chefe de clinica da Maternidade, director clinico do Sanatorio Sta. Catharina, etc. Como ponto culminante foi, desde 1917, cathedratice de clinica cirurgica da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Não estava completa a felicidade de Alves de Lima. Uma grande realisação o preocupava, a realisação de sua nova enfermaria, no bloco cirurgico em construcção. Não quiz o destino que o grande lutador pudessem aproveitar os fructos de tantos annos de trabalho na sua modesta e antiga enfermaria. Os seus companheiros de trabalho sentiram tambem aquella grande magua, acrescida pela perda do seu valioso orientador. Tudo é a vida, e temos que nos habituar aos seus caprichos. A verdade é que o professor João Alves de Lima não morrerá para os seus internos. Saberemos conservar a memoria daquelle que foi amigo e Mestre. H.

Prof. Carlos Chagas

Falleceu no dia 8 de novembro ultimo, repentinamente, victima de angina pectoris o prof. Carlos Chagas.

O prof. Carlos Chagas era presentemente director do Instituto Oswaldo Cruz morrendo aos 55 annos de idade, após trabalhos fecundos em prol da sciencia. Foi alli mesmo no Instituto que o illustre morto realisou as pesquisas de que resultou a descoberta do mal que recebeu a

denominação de "Molestia de Chagas", transmittida pelo insecto conhecido por "barbeiro". Exerceu como medico varias commissões que maior importancia havendo sido nomeado director daquelle instituto em Fevereiro de 1917 sendo em 1919 nomeado director geral de saude publica, cargo que occupou durante alguns annos. Era professor da cadeira de Medicina Tropical da Universidade do Rio de Janeiro.

Em 1925 foi eleito membro do Comité de Hygiene da Sociedade das Nações, sendo nomeado pelo mesmo comité em 1933 director tecnico do Instituto Internacional da Lepra.

Era membro e socio de 25 sociedades medicas do mundo incluidas as academias de medicina de Pariz, Nova York, Madrid, Buenos Aires, Roma e Bruxellas. Representou o Brasil em diversos congressos internacionais.

Foi o chefe da missão brasileira ao primeiro centenario de Pasteur e o presidente do Congresso de Hygiene reunido em Bello Horizonte em 1924. Presidiu á 4.ª Conferencia Pan-Americana de Microbiologia e Pathologia realisada no Rio de Janeiro em 1929.

Possuia varias condecorações conferidas por governos estrangeiros.

Era lente honorario da Universidade de São Paulo e doutor pela Universidade Harward. Em 1922 foi

nomeado tenente-coronel medico do Exercito Nacional. Recebeu em 1925 o premio Kumel, medalha de ouro da Universidade de Hamburgo e o premio Schuadinn em 1912, premio esse tambem de Hamburgo e só conseguido até hoje para consagrar trabalhos notaveis, só tendo sido adjudicado a 4 pesquisadores: Chagas, Hartmann, Reichnon e d'Hereile.

Escreveu varios trabalhos inclusive estudos e monographias os, quas circulam nos meios scientificos de todo o mundo.

Com a morte de Carlos Chagas, occorrida no Rio de Janeiro, perde a sciencia medica brasileira uma de suas figuras mais eminentes, um dos nomes de maior projecção internacional. Scientista de excepcional valor, reunindo a uma elevação intellectual de verdadeiro sabio dotes notaveis de pesquisador, Carlos Chagas continuava na sciencia as bellas tradições iniciadas por Oswaldo Cruz.

Emetina Clin

O CHLORIDRATO DE EMETINA

preparado pelos Laboratorios CLIN, no estado cristallizado, corresponde ao sal de 7 moleculas de agua, em conformidade com as exigencias das pharmacopéas. Apresenta todas as garantias exigiveis quer sob o ponto de vista da sua pureza, quer da sua actividade therapeutica demonstrada por numerosos ensaios clinicos

FORMAS :

- 1º Tubos Esterilizados Clin de Chloridrato de Emetina de 1 cc. para injeções, doseados a 0 gr. 01 a 0 gr. 10 por cc. em caixas de 3, 6 e 12
- 2º Chloridrato de Emetina Clin Cristallizado por divisões de 0 gr. 50, 1 gr., 5 gr., 10 gr.

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C^o - PARIS
SEYS & PIERRE - CAIXA POSTAL 489 - RIO DE JANEIRO



BIBLIOTECA DE ESTUDOS CONTEMPORANEOS

(EXPERIENCIA — CULTURA — ESTETICA)

Direção de NEVES-MANTA

1.ª SERIE : — EXPERIENCIA

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1. HENRIQUE ROXO — Psicanalise e outros estudos | 12\$000 |
| 2. ROLANDO MONTEIRO — Esterilidade feminina | 12\$000 |
| 3. CUNHA LOPES — Esquizofrenia , psiquiatria clinica | 15\$000 |
| 4. A. AUSTREGESILLO — Neuroses sexuaes , compreensão e terapeutica | 10\$000 |
| ABDON LINS — Microbiologia clinica (a sair) | |
| ABREU FIALHO e ABREU FIALHO FILHO — Oculistica clinica (a sair) | |
| A. AUSTREGESILLO — Analise mental e suas applicações terapeuticas (a sair) | |
| RAUL PITANGA SANTOS — Proctologia clinica (a sair) | |
| ABDON LINS — Bacteriologia , parte geral (a sair) | |
| ABDON LINS — Bacteriologia , parte especial (a sair) | |
| ULYSSES DE NONOHAY — Sifilografia clinica (a sair) | |
| PAULO SEABRA — Introdução ao estudo da Coloidoterapia (a sair) | |
| LUIZ LAMEGO — Microscopia clinica (a sair) | |
| ESTELITA LINS — Propedeutica urologica (a sair) | |
| NEVES-MANTA — Introdução á patologia do espirito (a sair) | |

2.ª SERIE — CULTURA

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|---------|
| 1. A. AUSTREGESILLO — Viagem interior | 10\$000 |
| 2. SANTOS NETO — Psicologia criminal e justiça | 10\$000 |
| 3. ALMACHIO DINIZ — Sociologia sovietica | 12\$000 |
| ADAUTO BOTELHO — Venenos que seduzem (a sair) | |
| A. AUSTREGESILLO — Estatuas harmoniosas (a sair) | |
| HONORIO DELGADO — A vida e a obra de Freud (a sair) | |

3.ª SERIE — ESTETICA

- A. AUSTREGESILLO — **Almas desgraçadas** (romance, a sair)
GASTÃO PEREIRA DA SILVA — **Sangue** (novela psicanalitica, a sair)
CARLOS D. FERNANDES — **A renegada** (romance, a sair)
NEVES-MANTA — **Borba Sangue** (novela, a sair)

acham-se os livros de



em todas as livrarias

**A Grande Marca dos Antisepticos
Urinarios e Biliares**

URASEPTINE ROGIER

Dissolve e Expulsa o Acido Urico

EMPREGADA COM SUCESSO
nos Hospitais e Dispensarios da Cidade de Paris,
da Franca, do Mundo inteiro

Amostras e Literatura com os ars.

JULIEN & ROUSSEAU

Agencia geral para todo o Brasil

174, R. Gen. Camara — Caixa Postal, 484
RIO DE JANEIRO

HENRY ROGIER

*Antigo interno dos Hospitais de Paris ou Membro da
Sociedade de Chimica da Franca*

56, BOULEVARD PEREIRE, PARIS

MOLESTIAS MENTAES

SANATORIO BELLA VISTA

Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 1013 — Tel. 7-2394

Director :

Dr. Brasílio Marcondes Machado

Consult. : Rua São Bento, 7 — Tel. 2-2224

SÃO PAULO

Prezado collega:

Molestias mentaes! Quem dirá que pode comprehendel-as em toda a sua complexidade!

A collocação deste reclame em uma Revista Medica, antes se dirige a medicos que a leigos. E' a medicos que me dirijo.

Em busca de conhecimentos que me pudessem elucidar sobre males mentaes, tive de transpor este mundo e ir ao outro; tive de prescrutar o alem tumulo:

Consegui-o? De facto o consegui. Como lá fui ter.... o espaço é pouco para dizel-o, e que muito fosse não o diria; os livros de grandes pensadores e pesquisadores probos e intelligentes estão á venda. Compre-os e leia-os com o cerebro, deixando á medulla suas funções inferiores.

— Para dizer aos medicos que fazer Psychiatria sem o conhecimento do complexo humano, que, na sua maior simplicidade se desdobra em corpo physico (o inconsciente), corpo astral (alma ou subconsciente), e espirito (a intelligencia), é fazel-a de maneira incompleta, em parte, é fazel-a para os casos em que somente o primeiro elemento do complexo (o corpo physico) actue como causa efficiente. E as perturbações mentaes na sua generalidade estão longe, mas muito longe de serem simplesmente devidas a causas perturbadoras da nossa organização animal.

Da Psychiatria official ou materialista guardo a grata recordação de me haver tornado espiritualista!

Meu collega, quando estiver deante de um caso de loucura para o qual a sciencia só possa dar um nome, sempre elegante, sem recursos therapeuticos para tratel-o, aconselho a nol-o enviar.

O director.

